

Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh phẫu thuật chấn thương hàm mặt tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Assessment of postoperative care of the maxillofacial trauma surgery patient at 108 Military Central Hospital

Chu Thị Thu Phương, Lê Thị Thu Hà

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố chăm sóc điều dưỡng ảnh hưởng đến kết quả điều trị phẫu thuật người bệnh chấn thương hàm mặt tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 124 bệnh nhân chấn thương hàm mặt đơn thuần, được điều trị tại Khoa Phẫu thuật Hàm mặt và Tạo hình - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 11/2020 đến tháng 05/2021. **Kết quả:** Tai nạn giao thông (86,29%), thường gặp ở nam giới (75,81%), lứa tuổi lao động (18 - 59) chiếm đa số (87,90%). Đa số bệnh nhân bị sưng nề (94,35%), 27,05% bị tổn thương niêm mạc miệng, có tới 56,45% bệnh nhân có vết thương phần mềm khác ngoài hàm mặt. Tỷ lệ sưng, nề sau mổ giảm dần đến ngày ra viện còn 35,48%. Số lượng bạch cầu trung bình là $13,51 \pm 0,71$ (G/L) cao hơn bình thường, chẩn đoán bằng X-quang có tỷ lệ gãy tầng giữa mặt chiếm tỷ lệ cao hơn gãy xương hàm dưới với tỷ lệ 73,39%. Kết quả phẫu thuật có 01 bệnh nhân (0,81%) bị nhiễm khuẩn vết mổ, tỷ lệ sưng nề sau mổ giảm dần, ngày thứ nhất là 100%, đến ngày thứ 3 tỷ lệ này giảm còn 98,38%, ngày thứ 5 là 83,87% và ngày ra viện chỉ còn 35,48%. Truyền thông giáo dục sức khỏe đều trên 80%; tốt nhất là hướng dẫn quy chế bệnh viện và sử dụng thuốc đúng chỉ định chiếm 100%. **Kết luận:** Nguyên nhân chính gây chấn thương hàm mặt là tai nạn giao thông, nam giới chiếm tỷ lệ 3/1 so với nữ, lứa tuổi lao động chiếm đa số. Tổn thương gãy xương tầng giữa mặt chiếm trên 70%, xét nghiệm máu cho thấy bạch cầu tăng còn các chỉ số hoá nghiệm, sinh hoá máu khác trong giới hạn bình thường. Thời gian từ khi chấn thương đến khi vào viện trên 12 tiếng (77,4%), 94,35% có sưng nề vùng mặt. Kết quả điều trị phẫu thuật chỉ có 1/124 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, những yếu tố điều dưỡng ảnh hưởng nhiều đến kết quả điều trị là chăm sóc thay băng, theo dõi dẫn lưu dịch, chăm sóc giảm đau và giáo dục sức khỏe cho người bệnh.

Từ khóa: Chấn thương hàm mặt, chăm sóc điều dưỡng.

Ngày nhận bài: 10/7/2021, ngày chấp nhận đăng: 28/7/2021

Người phản hồi: Chu Thị Thu Phương, Email: chuphuongrang@yahoo.com.vn - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Summary

Objective: To describe some clinical, laboratory features and analysis of results of care for patients with maxillofacial trauma operated at 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** A cross-sectional study of 124 patients diagnosed with maxillofacial trauma and treated at the Maxillofacial and Plastic Surgery Department of 108 Central Military Hospital from 11/2020 to 5/2021. **Result:** Injuries were mainly found in men (75.81%), the majority aged 18 - 59 years old (87.90%). The main reason for admission was traffic accident (86.29%). The rate of swelling and swelling after surgery gradually decreased until the day of discharge to 35.48%; diagnosed by X-ray, the rate of fracture in the middle of the face was higher than that of the mandibular fracture with the rate of 73.39%. Surgical results had 01 patient, accounting for 0.81%, with surgical site infection; the rate of postoperative swelling decreased gradually, the first day was 100%, by the third day this rate decreased to 98.38%, the fifth day was 83.87% and the day of discharge was only 35.48%. Health education communication was over 80%; it is best to guide hospital regulations and use drugs exactly as indicated, accounting for 100%. **Conclusion:** The main cause of maxillofacial trauma was traffic accidents, men accounted for 3/1 compared with women, working age accounted for the majority. Injury to midface fractures accounted for more than 70%, macular tests show an increased white blood cell count and other biochemical and blood chemistry indicators within normal limits. The time from injury to hospital admission was more than 12 hours long (77.4%), 94.35% had swelling in the face. The results of surgical treatment were only 1/124 cases of surgical site infection, the nursing factors that greatly affect the treatment outcome were dressing change care, fluid drainage monitoring, analgesia care and health education for patients.

Keywords: Maxillofacial trauma, nursing care.

1. Đặt vấn đề

Chấn thương hàm mặt là một cấp cứu thường gặp, thường do tai nạn giao thông, lao động, sinh hoạt.. Các tổn thương gây ảnh hưởng lớn tới các chức năng và thẩm mỹ của vùng mặt, đôi khi nguy hiểm tới tính mạng.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu hầu hết tập trung vào các phương pháp phẫu thuật, các phương tiện vật liệu cố định xương hay các tai biến biến chứng với mục tiêu nâng cao chất lượng điều trị chấn thương hàm mặt. Với những đặc thù của tổn thương vùng hàm mặt liên quan đến khoang miệng, khớp cắn cũng như tình trạng cố

định 2 hàm sau phẫu thuật thì công tác chăm sóc điều dưỡng người bệnh sau phẫu thuật cũng góp phần không nhỏ đến kết quả điều trị chung, tuy nhiên lại chưa có nhiều những nghiên cứu về khía cạnh này. Do vậy chúng tôi tiến hành đề tài "Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh phẫu thuật chấn thương hàm mặt tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108" nhằm mục tiêu: *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố chăm sóc điều dưỡng ảnh hưởng đến kết quả điều trị phẫu thuật người bệnh chấn thương hàm mặt tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Các bệnh nhân được chẩn đoán là chấn thương hàm mặt đơn thuần, điều trị bằng phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật Hàm mặt và Tạo hình - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 11/2020 đến tháng 05/2021.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.
Chọn mẫu thuận tiện.

Các chỉ số nghiên cứu: Đặc điểm tuổi - giới - nghề nghiệp; nguyên nhân chấn thương; tình trạng lâm sàng - cận lâm sàng; diễn biến sau phẫu thuật...

Các chỉ số này được thu nhận qua theo dõi, ghi chép nhật trình điều trị và các sổ chuyên môn (sổ thay băng, báo cáo trực) trong thời gian bệnh nhân nằm viện.

2.3. Xử lý số liệu

Tất cả các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 124)

Đặc điểm chung		Số lượng (người)	Tỷ lệ %
Giới	Nam	94	75,81
	Nữ	30	24,19
Tuổi trung bình	35 ± 13,33 (7 tuổi - 70 tuổi)		
Nhóm tuổi	< 18 tuổi	9	7,26
	18 - 59 tuổi	109	87,90
	≥ 60 tuổi	6	4,84
Nghề nghiệp	Viên chức	35	28,33
	Công nhân, nông dân	33	26,61
	Hưu trí	6	4,84
	Nội trợ	9	7,26
	Học sinh - sinh viên	17	13,71
	Lao động tự do	24	19,35
Trình độ học vấn	≤ trung học phổ thông, trung cấp, nghề	71	57,26
	≥ cao đẳng, đại học	53	42,74
Đối tượng	Bảo hiểm y tế quân	14	11,29
	Bảo hiểm y tế khác	71	57,26
	Dịch vụ	39	31,45
Tổng		124	100

Nhận xét: Nhóm tuổi 18 - 59 có tỷ lệ bị chấn thương cao nhất chiếm 87,90%, tỷ lệ nam/nữ là 3/1. Nghề nghiệp chủ yếu là viên chức (28,33%), công nhân, nông dân (26,61%), thấp nhất là hưu trí (4,84%).

Bảng 2. Đặc điểm về chấn thương (n = 124)

Thời gian phát hiện		Số lượng	Tỷ lệ %
Lý do vào viện	Tai nạn giao thông	107	86,29
	Tai nạn lao động	6	4,84
	Tai nạn sinh hoạt	6	4,84
	Khác	5	4,03
Thời gian chấn thương đến khi vào viện	1 - 3 giờ	1	0,81
	3 - 12 giờ	27	21,77
	> 12 giờ	96	77,42

Nhận xét: Nguyên nhân do tai nạn giao thông có tỷ lệ cao nhất chiếm 86,29%, số bệnh nhân vào viện sau chấn thương 12 giờ chiếm chủ yếu với 77,42%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật (n = 124)

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ %
Sưng nề	117	94,35
Đau chói	113	91,13
Sai khớp cắn	47	37,90
Rách niêm mạc miệng	33	27,05
Há miệng hạn chế	87	70,16
Vết thương phần mềm	70	56,45

Nhận xét: Đa số bệnh nhân bị sưng nề (94,35%), chỉ có 27,05% bị rách niêm mạc miệng; có tới 56,45% bệnh nhân có vết thương phần mềm khác ngoài hàm mặt.

Bảng 4. Kết quả xét nghiệm cận lâm sàng (n = 124)

TT	Thông số	Min	Max	$\bar{x} \pm SD$
1.	Huyết học			
	WBC (G/L)	5,3	25,5	$13,51 \pm 0,71$
	RBC (T/L)	3,1	4,9	$5,48 \pm 0,50$
	HGB (G/L)	95	172	$141,02 \pm 1,81$
2.	Sinh hóa			
	Glucose (mmol/L)	3,6	10,9	$6,36 \pm 0,12$
	Ure (mmol/L)	2	57	$7,76 \pm 0,91$
	Creatinin (μ mol/L)	40	141	$68,95 \pm 1,63$
	SGOT (UI/L)	15	332	$43,12 \pm 3,73$
	SGPT (UI/L)	7	545	$56,12 \pm 12,27$
3	X-quang			

	Gãy tầng giữa mặt			91 (73,39%)
	Gãy hàm dưới			33 (26,61%)

Nhận xét: Kết quả cho thấy trong các chỉ số huyết học thì số lượng bạch cầu trung bình là $13,51 \pm 0,71$ (G/L) cao hơn bình thường; các chỉ số sinh hóa máu đều nằm trong giới hạn cho phép mổ. Chẩn đoán bằng X-quang có tỷ lệ gãy tầng giữa mặt chiếm tỷ lệ cao hơn gãy xương hàm dưới với tỷ lệ 73,39%.

3.3. Đặc điểm chăm sóc điều dưỡng

Bảng 5. Đánh giá tình trạng vết mổ

Vết mổ	N1		N2		N3		N4		N5		Ra viện	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Khô	124	100	12 3	99,1 9	12 3	99,1 9	123	99,1 9	12 3	99,1 9	12 4	100
Sưng, nề	124	100	12 4	100	12 2	98,3 8	116	93,5 4	10 4	83,8 7	44	35,4 8
Động dịch	0	0	1	0,81	1	0,81	1	0,81	1	0,81	0	0
Chảy máu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nhiễm khuẩn	0	0	1	0,81	1	0,81	1	0,81	1	0,81	0	0
Vết mổ không liền	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Chỉ có 1 bệnh nhân chiếm 0,81% bị nhiễm khuẩn vết mổ; tỷ lệ sưng nề sau mổ giảm dần, ngày thứ nhất là 100%, đến ngày thứ 3 tỷ lệ này giảm còn 98,38%, ngày thứ 5 là 83,87% và ngày ra viện chỉ còn 35,48%.

Bảng 6. Thời gian rút dẫn lưu sau phẫu thuật

Thời gian rút dẫn lưu		Số lượng	Tỷ lệ %
Thời gian (n = 66)	48 giờ	5	7,58
	72 giờ	36	54,55
	Sau 72 giờ	25	37,88

Nhận xét: Thời gian rút dẫn lưu chủ yếu từ 48 - 72 giờ, chiếm 54,55%.

Bảng 7. Tình trạng đau thang điểm VAS

Thời gian Tình trạng đau	Trước PT	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3	Ngày 4	Ngày 5	Ra viện
Không đau	01 (0,81%)	0	0	0	01 (0,81%)	03 (2,42%)	60 (48,39%)
Đau nhẹ	21 (16,94%)	01 (0,81%)	07 (5,65%)	33 (26,61%)	82 (66,13%)	113 (91,13%)	64 (51,61%)
Đau trung bình	96 (77,42%)	120 (96,77%)	116 (93,55)	90 (72,58%)	41 (33,06%)	8 (6,45%)	0

	)	)	%)	)			
Đau dữ dội	6 (4,84%)	3 (2,42%)	01 (0,81%)	01 (0,81%)	0	0	0

Nhận xét: Chỉ có 1 bệnh nhân không đau trước mổ. 100% có biểu hiện đau tại ngày thứ nhất sau mổ, trong đó: 2,42% có biểu hiện đau dữ dội, đau trung bình là 96,77%, ngày ra viện chỉ còn 51,61% bệnh nhân đau nhẹ.

Bảng 8. Nội dung truyền thông cho bệnh nhân

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
Chăm sóc tâm lý cho người bệnh	112	90,32
Hướng dẫn dinh dưỡng khi nằm viện	101	81,45
Hướng dẫn tuân thủ điều trị	121	97,58
Hướng dẫn báo cáo khi có bất thường trong điều trị	118	95,16
Hướng dẫn uống thuốc đúng chỉ định	124	100
Hướng dẫn quy chế bệnh viện	124	100
Hướng dẫn tái khám	119	95,96

Nhận xét: Nội dung được thực hiện đầy đủ nhất là hướng dẫn quy chế bệnh viện và hướng dẫn uống thuốc đúng chỉ định với 100%; hướng dẫn tuân thủ điều trị là 97,58% và hướng dẫn dinh dưỡng khi nằm viện là 81,45%.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi 18 - 59 tuổi có tỷ lệ bị chấn thương cao nhất chiếm 87,90%, tỷ lệ này phù hợp với các kết quả của Trần Văn Trường [10], Nguyễn Công Suất [6], Majambo MH [8]. Và cao hơn kết quả của Engin DA [7] (57,4%). Theo chúng tôi, nhóm tuổi 18 - 59 là lứa tuổi tham gia vào các hoạt động xã hội, lao động sản xuất chính của gia đình và xã hội nên hoạt động giao thông cao nhất trong cộng đồng, vì thế tỷ lệ chấn thương thường gặp nhiều nhất ở lứa tuổi này. Phạm Văn Liệu [9] thống kê 49 báo cáo về chấn thương hàm mặt từ 1955 - 2009, cho thấy chấn thương hàm mặt ở

các nước đang phát triển cao hơn nước phát triển.

Theo kết quả Bảng 1, số lượng bệnh nhân nam giới cao hơn nữ giới (tỷ lệ nam/nữ là 3/1); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tuy nhiên kết quả này thấp hơn của Hoàng Ngọc Lan: Tỷ lệ nam:nữ là 10/1; hay nghiên cứu Trần Văn Trường [10]: Tỷ lệ nam:nữ là 5/1. Như vậy, có thể thấy tỷ lệ chấn thương hàm mặt ở nam giới cao hơn nữ giới, có thể do những đặc thù về tính cách, đặc tính hoạt động mạnh mẽ trong mọi lĩnh vực, đồng thời việc sử dụng rượu bia trong khi điều khiển phương tiện giao thông, là những nguyên nhân chính gây nên tai nạn cho nam giới.

Nghề nghiệp chủ yếu là viên chức (28,33%), công nhân, nông dân (26,61%) thấp nhất là hưu trí, phù hợp với tính chất lao động tham gia giao thông. Tương đồng so với nghiên cứu của Hoàng Ngọc Lan [3]: Công nhân chiếm tỷ lệ cao nhất (30,9%), tiếp theo là nông dân (29,1%) và thấp nhất là quân nhân, lực lượng vũ trang là (3,6%).

Trong nghiên cứu này, nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 86,29%, tiếp đến tai nạn lao động và sinh hoạt chiếm 4,84%. Kết quả này phù hợp với Hoàng Ngọc Lan [3] (98,2%); Kai-Hendrik B [11] nghiên cứu 444 bệnh nhân thì nguyên nhân cao nhất là tai nạn giao thông với 142 trường hợp (32%). Như vậy, hầu hết các tác giả trong và ngoài nước đều có chung nhận xét: Tai nạn giao thông luôn chiếm tỷ lệ cao nhất trong các nguyên nhân gây ra chấn thương.

Việc phát hiện và xử trí sớm chấn thương hàm mặt có ảnh hưởng rất lớn kết quả điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân vào viện sau 12 giờ chấn thương chiếm tỷ lệ 77,42%. Việc vào viện muộn một phần do Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 là bệnh viện tuyến cuối thường tiếp nhận các bệnh nhân chuyển từ tuyến dưới, nên thời gian nhập viện sau chấn thương kéo dài.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Kết quả Bảng 5 cho thấy có đến 94,35% bệnh nhân bị sung nề, chỉ có 27,05% bị rách niêm mạc miệng, 56,45% bệnh nhân chấn thương phần mềm khác ngoài hàm mặt. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Ngọc Lan [3]: Mặt sung nề, biến dạng chiếm tỷ lệ tuyệt đối (100%), kết quả sung nề trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn có thể vì Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 là tuyến cuối nên có một số bệnh nhân khi chuyển đến đã qua giai đoạn sung nề. Các dấu hiệu sờ đau chói, di lệch bậc thang (98,2%); bầm tím tụ máu quanh ổ mắt (85,5%); mất liên tục xương (100%); phồng bệt gò má bên chấn thương (54,5%). Tổn thương rách phần mềm cũng chiếm tỷ lệ khá cao trong nghiên cứu này (41,8%), các vị trí rách thường gặp ở môi, má, trán, đôi mày...

Kết quả xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy số lượng bạch cầu tăng (số lượng trung bình là $13,51 \pm 0,71$ (G/L), kết quả này phù hợp với tình trạng viêm, sung nề vùng mặt trong CTHM; số lượng hồng cầu và huyết sắc tố trong giới hạn bình thường cho thấy trong CTHM có gãy xương hàm đơn thuần thì lượng máu mất không quá lớn. Chỉ số sinh hóa glucose $6,36 \pm 0,12$ (mmol/L), ure $7,76 \pm 0,91$ (mmol/L), creatinine $68,95 \pm 1,63$ (μ mol/L), GOT $43,12 \pm 3,73$ (UI/L), GPT $56,12 \pm 12,27$ (UI/L), các chỉ số về sinh hóa không bị thiếu hụt, giá trị trung bình đều nằm trong giới hạn bình thường.

Qua hình ảnh X-quang cho thấy tỷ lệ chấn thương gãy xương tăng giữa mặt chiếm tỷ lệ cao 73,39%, tương tự so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Lan [3] gãy xương hàm trên cả hai bên phối hợp với gãy GMCT cao nhất (43,6%), số bệnh nhân chỉ bị gãy xương hàm trên 2 bên đơn thuần chiếm tỷ lệ gần tương đương (41,8%).

4.3. Kết quả chăm sóc điều dưỡng

Chăm sóc vết mổ nhằm chống nhiễm khuẩn phẫu thuật chấn thương hàm mặt rất quan trọng. Theo tác giả Ashok T [12] nhấn mạnh một số yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn vết mổ: Quá trình dẫn lưu, bệnh kết hợp và một số tác giả cũng nêu một số biện pháp phòng chống nhiễm khuẩn vết mổ như: Vận động sớm, áp dụng các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn nghiêm ngặt... Có 1 bệnh nhân chiếm 0,81% bị nhiễm khuẩn vết mổ, nên được chăm sóc đặc biệt hơn, bệnh nhân được thay băng 2 lần/ngày; tỷ lệ sưng nề sau mổ giảm dần, ngày thứ nhất là 100%, đến ngày thứ 3 tỷ lệ này giảm còn 98,38%, ngày thứ 5 là 83,87% và ngày ra viện chỉ còn 35,48% và ở mức độ nhẹ (Bảng 5).

Về thời gian rút dẫn lưu: Tỷ lệ được rút dẫn lưu sau phẫu thuật cao nhất là thời gian từ 48 - 72 giờ chiếm 54,55%. Vấn đề này liên quan đến tỷ lệ sưng nề sau phẫu thuật điều trị chấn thương có gãy xương hàm thường kéo dài hơn các phẫu thuật không liên quan đến chấn thương.

Về tình trạng đau sau mổ: Ngày thứ nhất sau phẫu thuật 100% bệnh nhân có biểu hiện đau; 2,42% có biểu hiện đau dữ dội; đau trung bình 96,77%. Các ngày còn lại biểu hiện đau giảm dần và đến ngày ra viện 51,61% bệnh nhân đau nhẹ. Đây cũng là diễn biến thông thường sau mổ.

Vai trò của giáo dục sức khỏe ngày càng có vị trí quan trọng công tác chăm sóc sức khỏe vì nó tạo điều kiện để chuẩn bị, thực hiện và củng cố kết quả các nội dung chăm sóc sức khỏe khác. Tầm quan trọng của giáo dục sức khỏe:

Là một bộ phận công tác y tế quan trọng nhằm làm thay đổi hành vi sức khỏe.

Góp phần tạo ra, bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho con người.

Nếu giáo dục sức khỏe đạt kết quả tốt nó sẽ giúp làm giảm tỷ lệ mắc bệnh, tỷ

lệ tàn phế và tử vong nhất là ở các nước đang phát triển.

Tăng cường hiệu quả các dịch vụ y tế.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tập chung vào vấn đề giáo dục sức khỏe: Nội dung được thực hiện đầy đủ nhất là hướng dẫn quy chế bệnh viện và hướng dẫn uống thuốc đúng chỉ định với 100%; tiếp đó đến hướng dẫn tuân thủ điều trị là 97,58% và hướng dẫn dinh dưỡng khi nằm viện là 81,45% tổng số bệnh nhân.

5. Kết luận

Qua phân tích đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng của 124 bệnh nhân chấn thương hàm mặt được phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật Hàm mặt và Tạo hình, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, chúng tôi nhận thấy: Nguyên nhân chính gây chấn thương hàm mặt là tai nạn giao thông, nam giới chiếm tỷ lệ 3/1 so với nữ, lứa tuổi lao động chiếm đa số. Tổn thương gãy xương tầng giữa mặt chiếm trên 70%, xét nghiệm máu cho thấy bạch cầu tăng còn các chỉ số hoá nghiệm, sinh hoá máu khác trong giới hạn bình thường. Thời gian từ khi chấn thương đến khi vào viện trên 12 tiếng (77,4%), 94,35% có sưng nề vùng mặt.

Kết quả điều trị phẫu thuật chỉ có 1/124 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, những yếu tố điều dưỡng ảnh hưởng nhiều đến kết quả điều trị là chăm sóc thay băng, theo dõi dẫn lưu dịch, chăm sóc giảm đau và giáo dục sức khỏe cho người bệnh.

Tài liệu tham khảo

1. Tanaka N, Tomitsuka K, Shionoya K, Andou H, Kimijima Y, Tashiro T, Amasaga T (1994) *Aetiology of maxillofacial fracture*. Br J Oral Maxillofac Surg 32: 19-23.
2. Kai-Hendrik B, Sarah W, Nils-Claudius G, Horst K, Constantin S, Rainer S, Schön R

- (2009) *Five-year retrospective study of mandibular fractures infreiburg, germany: Incidence, etiology, treatment, and complications*. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 67(6): 1251-1255.
3. Hoàng Ngọc Lan (2014) *Đặc điểm lâm sàng, khớp cắn và hình ảnh X-quang sau điều trị phẫu thuật bệnh nhân gãy xương hàm trên Le Fort I, II và gò má cung tiếp*. Tạp chí Y học Thực hành, 10 (938)/2014, tr. 116-119.
 4. Athanassios K, Georgios K, Argyro K, Nikolaos L, Konstantinos A (2013) *Incidence, aetiology, treatment outcome and complications of maxillofacial fractures. A retrospective study from Northern Greece*. Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 41: 637-643.
 5. Bithar S, Mahindra U, Halli R, Kini Y (2008) *Incidence and pattern of mandibular fractures in rural population: A review of 324 patients at a tertiary hospital in Loni, Maharashtra, India*. Dent Traumatol 24: 468-470.
 6. Nguyễn Công Suất (2017) *Ứng dụng nẹp vis MIMIPATE trong điều trị gãy xương hàm mặt tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2014 - 2016*. Đề tài khoa học cấp bệnh viện, Quảng Ninh.
 7. Arslan ED et al (2004) *Assessment of maxillofacial trauma in Emergency Department*. World J Emergency Surg 9: 13.
 8. Majambo MH, Sasi RM, Mumena CH, Museminari G, Nzamukosha J, Nzeyimana A, Rutaganda E (2013) *Prevalence of oral and maxillofacial injuries among patients managed at a Teaching Hospital in Rwanda*. Rwanda J. Health sci 2(2): 20-24.
 9. Phạm Văn Liệu (2011) *Tổng quan về chấn thương gãy xương hàm mặt và phương pháp điều trị*. Tạp chí Y học thực hành, (748), số 1/2011, tr. 20-23.
 10. Trần Văn Trường, Trương Mạnh Dũng (2000) *Tình hình chấn thương hàm mặt tại Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội trong 11 năm (1988 - 1998) trên 2149 bệnh nhân*. Tạp chí Y học Việt Nam 10: 27-36.
 11. Kai-Hendrik B, Sarah W, Nils-Claudius G, Kokemüller H, Constantin Stühmer, Rainer Schmelzeisen, Ralf Schön (2009) *Five-year retrospective study of mandibular fractures infreiburg, germany: Incidence, etiology, treatment, and complications*. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 67(6): 1251-1255.
 12. Ashok Thorat and Wei-Chen Lee (2013) *Critical care issues after major hepatic surgery*. Chapter 4: 83-103.