

- Bệnh viện K trung ương. Trường đại học Y Hà Nội; 2010.
5. **Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu** (Nhà xuất bản Y học; 670-678 (2020).
 6. **Quang LV.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và một số yếu tố tiên lượng ung thư giáp trạng. Trường đại học y Hà Nội; 2001.
 7. **Chính VT.** Nghiên cứu áp dụng phương pháp điều trị ung thư giáp trạng thể biệt hóa bằng cắt bỏ tuyến giáp toàn bộ kết hợp I131. Trường đại học y Hà Nội; 2002.
 8. **Lăng NT.** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp phối hợp với I131 điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa. Trường đại học y Hà Nội; 2008.
 9. **Đỗ Quang Trường, Mai Trọng Khoa.** Đánh giá hiệu quả hủy mô tuyến giáp còn lại sau phẫu thuật bằng ¹³¹I với liều 30, 50, 75 và 100 mCi ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa. Tạp chí Y học Việt Nam. 2012; 397(1):47-52.
 10. **Mai TK, Phạm VT, Phạm VT, et al.** Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa bằng I-131 tại Bệnh viện ung bướu Cần Thơ. Tạp chí Y học Việt Nam. 08/07 2024;541(1)doi:10.51298/vmj.v541i1.10617.

ĐẶC ĐIỂM GÂY XƯƠNG HÀM DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC 6 THÁNG CUỐI NĂM 2023

Vũ Trung Trực^{1,2}, Nguyễn Thái An²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính của bệnh nhân được chẩn đoán gãy xương hàm dưới tại Khoa Phẫu thuật Hàm mặt-Tạo hình-Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức 6 tháng cuối năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang các đặc điểm của bệnh nhân được chẩn đoán gãy xương hàm dưới và điều trị tại Khoa Phẫu thuật Hàm mặt-Tạo hình-Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức 6 tháng cuối năm 2023. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án giấy và điện tử, được phân tích bằng phần mềm SPSS. **Kết quả:** Tổng số 309 bệnh nhân bị gãy xương hàm dưới được chẩn đoán trên phim chụp cắt lớp vi tính với 542 ổ gãy, nam giới chiếm ưu thế với 81,23%; độ tuổi từ 3 đến 73 tuổi và tuổi trung bình là 31,43 ± 14,75. Phần lớn gãy xương hàm dưới là do tai nạn giao thông với tỷ lệ 85,76%. Khoảng 3,5% tổng số trường hợp được ghi nhận có liên quan đến rượu, trực tiếp hoặc gián tiếp. Tỷ lệ gãy xương hàm dưới tại vùng cằm và cạnh cằm là cao nhất (chiếm 35,61% trong 542 ổ gãy), kế đến là gãy lõm cầu (25,46%). Gãy xương hàm dưới đơn thuần gặp ở 148 bệnh nhân (47,9%). Chấn thương hàm mặt phối hợp 52,1%; chấn thương phối hợp các cơ quan khác chiếm tỉ lệ 57,3%. **Kết luận:** Gãy xương hàm dưới chủ yếu gặp ở nam giới, tuổi từ 21 đến 30, nguyên nhân phổ biến nhất là tai nạn giao thông chiếm 85,76%. Tỷ lệ chấn thương phối hợp chiếm tỉ lệ cao cả ở nhóm chấn thương khác ở vùng hàm mặt cũng như các cơ quan bộ phận khác trên cơ thể.

Từ khóa: xương hàm dưới, gãy xương hàm dưới, dịch tễ học, chấn thương hàm mặt

SUMMARY

MANDIBULAR FRACTURES AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL FROM JULY TO DECEMBER 2023

Objectives: To describe the epidemiology, clinical features and computed-tomography images of patients diagnosed with mandibular fractures at the Department of Maxillofacial, Plastic and Aesthetic Surgery, Viet Duc University Hospital from July to December 2023. **Subjects and methods:** A retrospective cross-sectional descriptive study of patients diagnosed with mandibular fractures and treated at the Department of Maxillofacial, Plastic and Aesthetic Surgery, Viet Duc University Hospital from July to December 2023. We collected data from medical records and the data was analysed by SPSS software. **Results:** 309 patients with 542 mandibular fractures included in the sample, there was a male predominance at 81.23%; the range of age was from 3 to 73 years old and the mean age was 31.43 ± 14.75. A majority of mandibular fractures were caused by road traffic accidents with the incidence of 85.76%. Approximately 3.5% of all cases recorded are alcohol-related. The prevalence of fracture was highest at symphysis and parasymphysis area (35.61% of 542 fractures), followed by condylar fractures (25.46%). 148 patients (47.9%) presented with no accompanying maxillofacial injuries, and 132 (42.7%) admitted to the hospital without any concomitant injuries at other body parts. **Conclusion:** Mandibular fractures are mainly seen in men, aged 21 to 30, the most common cause is road traffic accidents accounting for 85.76%. The rate of combined injuries is high in both other maxillofacial regions and other organs and parts of the body.

Keywords: mandible, mandibular fractures, epidemiology, maxillofacial trauma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương hàm mặt mà phần lớn trong số đó là gãy xương hàm dưới là một trong những chấn thương phổ biến ở Việt Nam. Các chấn

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trung Trực

Email drvutrongtruc@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2025

Ngày duyệt bài: 29.5.2025

thương phối hợp ở các bộ phận khác của cơ thể (như chấn thương sọ não, gãy xương chi, chấn thương ngực...) làm tăng tính phức tạp của từng ca bệnh trong cả việc lập kế hoạch điều trị và tiên lượng kết quả. Ngoài việc không tuân thủ luật giao thông, hạ tầng giao thông chưa phát triển, thói quen uống rượu và sử dụng chất kích thích gây nghiện trước và trong khi lái xe cũng góp phần làm tăng nguy cơ gây tai nạn hoặc dẫn tới hành vi không kiểm soát, gây xung đột bạo lực [1]. Trên thực tế tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu về chấn thương hàm mặt nhưng có ít nghiên cứu về gãy xương hàm dưới nói riêng với số lượng lớn người bệnh [2]. Nghiên cứu này góp phần cập nhật việc thống kê dịch tễ và một số đặc điểm của gãy xương hàm dưới tại một trong những trung tâm chấn thương hàm mặt lớn tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán gãy xương hàm dưới và điều trị nội trú tại Khoa Phẫu thuật hàm mặt, tạo hình thẩm mỹ - Bệnh viện Việt Đức từ tháng 7 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023.

a. Tiêu chuẩn lựa chọn

– Bệnh nhân được chẩn đoán gãy xương hàm dưới, chọn cả nam và nữ, theo độ tuổi với nguyên nhân chấn thương.

– Bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ bệnh án và phim chụp cắt lớp vi tính để chẩn đoán. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân dựa trên chẩn đoán cuối cùng của bệnh viện.

b. Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân không có đủ hồ sơ bệnh án.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu. Khoa Phẫu thuật hàm mặt-tạo hình-thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu. Lấy hồ sơ bệnh nhân nhập viện Khoa Phẫu thuật hàm mặt-tạo hình-thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 7 đến tháng 12 năm 2023 và thu thập xử lý số liệu từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 4 năm 2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

– Nghiên cứu mô tả hồi cứu cắt ngang, không có nhóm chứng.

– Theo phương pháp chọn mẫu phi xác suất, chọn cách lấy mẫu thuận tiện để nghiên cứu bao gồm các bệnh án được lấy từ tháng 7 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023 đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu, chọn toàn bộ mẫu đủ tiêu chuẩn.

– Kỹ thuật thu thập thông tin: Sử dụng

phiếu nghiên cứu thống nhất để thu thập và ghi chép số liệu nghiên cứu từ các trường hợp gãy xương hàm dưới được chẩn đoán, có hoặc không kết hợp với chấn thương khác.

– Đánh giá các biến: Sử dụng phân loại gãy xương hàm dưới theo AOCMF mức độ 2, chia xương hàm dưới thành chín vùng, bao gồm vùng cằm ở trung tâm, cạnh ngang, góc hàm, cạnh lên, mỏm vẹt và lồi cầu ở mỗi bên. Số lượng vùng gãy và vị trí gãy được đánh giá theo kết quả hình ảnh CT và hồ sơ phẫu thuật của từng bệnh nhân (thu thập từ hồ sơ bệnh án).

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được quản lý và lưu trữ bằng phần mềm Excel, phân tích trên phần mềm SPSS 20.0

Các test thống kê sử dụng trong nghiên cứu:

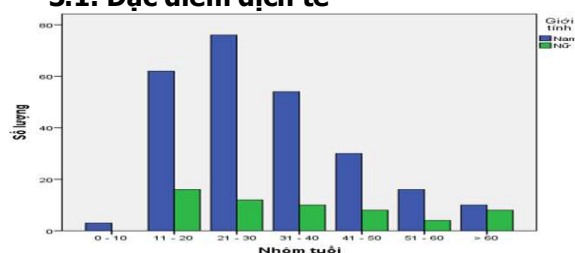
– Phương pháp thống kê phần trăm đối với các biến định tính, giá trị trung bình đối với các biến định lượng.

– Kiểm định χ^2 để xác định sự khác biệt khi so sánh tỷ lệ giữa các biến có 2 nhóm trở lên. So sánh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

– Đánh giá tỷ lệ khác biệt hoặc tìm mối liên quan giữa các biến

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ



Biểu đồ 1. Phân bố theo tuổi và giới

Nghiên cứu được tiến hành trên 251 bệnh nhân nam, 58 bệnh nhân nữ. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $31,43 \pm 14,75$, trong đó tỷ lệ gãy xương hàm dưới cao nhất xảy ra ở nhóm tuổi 21 - 30 tuổi (28,48%). Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông (TNGT) (85,76%), tiếp theo là tai nạn sinh hoạt (TNSH) (6,1%), tai nạn lao động (TNLD) (4,5%) và tai nạn bạo lực (TNBL) (1,6%) (Bảng 1). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nào được ghi nhận về cơ chế chấn thương giữa hai nhóm giới tính ($p = 0,422$, kiểm định chính xác của Fisher).

Số bệnh nhân uống rượu bị gãy xương hàm dưới là 9, chiếm 2,9% tổng số, 2 bệnh nhân bị ảnh hưởng gián tiếp từ người uống rượu và là nạn nhân của bạo lực xã hội (0,6%), 1 bệnh nhân (0,3%) bị gãy xương hàm dưới có tiền sử sử dụng ma túy bất hợp pháp. Về tình trạng ý thức của từng bệnh nhân tại thời điểm nhập

viện, điểm hôn mê Glasgow (GCS) của hầu hết bệnh nhân đều nhẹ (86,4%), chỉ có 4 bệnh nhân nặng (1,3%). Sự khác biệt giữa mức độ sử dụng

chất gây nghiện và nguyên nhân gây tai nạn ($p = 0,027$) và GCS ($p = 0,015$) có ý nghĩa thống kê (Kiểm định chính xác của Fisher) (Bảng 1).

Bảng 1. Mối liên quan giữa việc sử dụng rượu và các chất kích thích khác với nguyên nhân gây xương và các hậu quả sau tai nạn

		Sử dụng rượu và chất kích thích khác				Tổng	p-value
		Không liên quan đến cồn và các chất kích thích	Sử dụng rượu	Gián tiếp ảnh hưởng bởi người sử dụng rượu	Sử dụng chất kích thích khác		
Nguyên nhân gây xương hàm dưới	TNGT	256 (82,8%)	8 (2,6%)	0	1 (0,3%)	265 (85,8%)	$p=0,027$ ($<0,05$)
	TNLĐ	14 (4,5%)	0	0	0	14 (4,5%)	
	TNBL	5 (1,6%)	0	2 (0,6%)	0	7 (2,3%)	
	TNSH	18 (5,8%)	1 (0,3%)	0	0	19 (6,1%)	
	Tai nạn thể thao	3 (1,0%)	0	0	0	3 (1,0%)	
	Nguyên nhân khác	1 (0,3%)	0	0	0	1 (0,3%)	
Điểm Glasgow (GCS)	Nhẹ (13-15)	259 (83,8%)	6 (1,9%)	2 (0,6%)	0 (0,0%)	267 (86,4%)	$p=0,015$ ($<0,05$)
	Trung bình (9-12)	35 (11,3%)	3 (1,0%)	0	0	38 (12,3%)	
	Nặng (3-8)	3 (1,0%)	0	0	1 (0,3%)	4 (1,3%)	
Tổn thương phổi hợp ở cơ quan khác	Có tổn thương phổi hợp	168 (54,4%)	6 (1,9%)	2 (0,6%)	1 (0,3%)	177 (57,3%)	$p=0,652$ ($>0,05$)
	Không có tổn thương phổi hợp	129 (41,7%)	3 (1,0%)	0	0	132 (42,7%)	
Tổn thương hàm mặt phổi hợp	Có tổn thương phổi hợp	155 (50,2%)	5 (1,6%)	0	1 (0,3%)	161 (52,1%)	$p=0,485$ ($>0,05$)
	Không có tổn thương phổi hợp	142 (46,0%)	4 (1,3%)	2 (0,6%)	0	148 (47,9%)	
Số ổ gãy	1	129 (41,7%)	4 (1,3%)	1 (0,3%)	0	134 (43,4%)	$p=0,269$ ($>0,05$)
	2	122 (39,5%)	4 (1,3%)	1 (0,3%)	0	127 (41,1%)	
	3	39 (12,6%)	0	0	1 (0,3%)	40 (12,9%)	
	4	5 (1,6%)	1 (0,3%)	0	0	6 (1,9%)	
	5	2 (0,6%)	0	0	0	2 (0,6%)	
Tổng	297 (96,1%)	9 (2,9%)	2 (0,6%)	1 (0,3%)	309 (100,0%)		

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số bệnh nhân (N=309)	Tỷ lệ (%)
Sưng nề, bầm tím tại vùng chấn thương	298	96,44%
Đau chói tại vị trí gãy	284	91,91%
Hạn chế há miệng	239	77,35%
Vết thương phần mềm ngoài mặt ở hàm dưới	191	61,81%
Tổn thương phần mềm trong miệng	41	13,27%
Đầu gãy di lệch mất vững	259	83,82%
Chảy máu ống tại ngoài	14	4,53%
Sai khớp cắn	261	84,47%
Không đánh giá được khớp cắn do đặt ống nội khí quản	10	3,24%
Chảy máu trong miệng	10	3,24%

Hầu hết bệnh nhân bị bầm tím và sưng ở vùng bị chấn thương (96,44%), đau nhói tại vị trí gãy xương (91,91%) và sai khớp cắn (84,47%), tiếp theo là xương mất vững, di lệch (83,82%) và hạn chế há miệng (77,35%). Chảy máu ống tai ngoài xảy ra ở 14 trường hợp (4,53% trong số tất cả bệnh nhân, chiếm 13,46% trên tổng số các trường hợp gãy lồi cầu) (Bảng 2).

Chấn thương (CT) hàm mặt đi kèm gãy ở 52,1%; phổ biến nhất là gãy phức hợp xương gò má - cung tiếp (GMCT) chiếm 36,57% (113 bệnh nhân), tiếp theo là chấn thương mũi (22,98%). Chấn thương ít gặp nhất là tổn thương dây thần kinh mặt, chiếm 0,97% (Bảng 3). Chấn thương sọ não là chấn thương đi kèm phổ biến nhất trong các trường hợp gãy xương hàm dưới (45,31%), tiếp theo là chấn thương chi (30,42%), chấn thương ngực (11,97%), chấn thương bụng (8,09%) và chấn thương cột sống

cổ (2,59%). Các loại chấn thương đồng thời khác, chẳng hạn như gãy xương chậu, gãy xương cột sống đoạn ngực và thắt lưng chiếm 1,94% trong số bệnh nhân (Bảng 3).

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng. Tổng số ổ gãy xương hàm dưới là 542, trung bình 1,75 ổ gãy xương trên mỗi bệnh nhân. Trong đó 43,3% có một ổ gãy xương; 41,1% có hai ổ gãy và 15,53% có ba ổ gãy xương trở lên. Số ổ gãy cao

nhất trên một bệnh nhân là 5, với số bệnh nhân là 2, chiếm 0,65% (Bảng 1). Theo AOCMF (Bảng 3): Vị trí gãy xương hàm dưới phổ biến nhất là vùng cằm (35,61% tổng số ổ gãy), gặp ở 60,52% số bệnh nhân, tiếp theo là gãy lõm cầu, được phát hiện trên 104 bệnh nhân (33,66%) với 138 ổ gãy; cạnh ngang 18,45%, góc hàm 17,15%. Vị trí gãy ít gặp nhất là gãy mòm vệt, với tỷ lệ là 4,24%.

Bảng 3. Nguyên nhân gãy xương, trong mối tương quan với vị trí gãy, tổn thương hàm mặt phối hợp và tổn thương phối hợp tại các cơ quan khác

Vị trí gãy, tổn thương phối hợp	Nguyên nhân gãy xương						Tổng	P-value
	TNGT	TNLD	TNBL	TNSH	Tai nạn thể thao	Khác		
Cằm	158 (51,1%)	11 (3,6%)	3 (1,0%)	13 (4,2%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)	187 (60,5%)	0,403
Cạnh ngang	48 (15,5%)	5 (1,6%)	2 (0,6%)	2 (0,6%)	0	0	57 (18,4%)	0,414
Góc hàm	65 (21,0%)	3 (1,0%)	3 (1,0%)	3 (1,0%)	2 (0,6%)	0	76 (24,6%)	0,368
Cạnh lên	11 (3,6%)	1 (0,3%)	0	0	0	0	12 (3,9%)	0,71
Lõm cầu	86 (27,8%)	4 (1,3%)	3 (1,0%)	9 (2,9%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)	104 (33,7%)	0,488
Mòm vệt	20 (6,5%)	0	0	3 (1,0%)	0	0	23 (7,4%)	0,511
Xương ổ răng	26 (8,4%)	3 (1,0%)	0	4 (1,3%)	0	1 (0,3%)	34 (11,0%)	0,064
Không có tổn thương phối hợp ở cơ quan khác	110 (35,6%)	7 (2,3%)	3 (1,0%)	9 (2,9%)	3 (1,0%)	0	132 (42,7%)	0,387
CTSN	125 (40,5%)	3 (1,0%)	3 (1,0%)	9 (2,9%)	0	0	140 (45,3%)	0,215
CT cột sống cổ	7 (2,3%)	0	0	1 (0,3%)	0	0	8 (2,6%)	0,71
CT ngực	31 (10,0%)	3 (1,0%)	1 (0,3%)	2 (0,6%)	0	0	37 (12,0%)	0,776
CT bụng	23 (7,4%)	0	1 (0,3%)	1 (0,3%)	0	0	25 (8,1%)	0,724
CT chi	79 (25,6%)	5 (1,6%)	3 (1,0%)	6 (1,9%)	0	1 (0,3%)	94 (30,4%)	0,555
CT cơ quan khác	5 (1,6%)	0	0	1 (0,3%)	0	0	6 (1,9%)	0,605
Không có tổn thương hàm mặt phối hợp	121 (39,2%)	8 (2,6%)	6 (1,9%)	10 (3,2%)	3 (1,0%)	0	148 (47,9%)	0,078
Gãy GM-CT	103 (33,3%)	4 (1,3%)	0	6 (1,9%)	0	0	113 (36,6%)	0,182
CT mũi	65 (21,0%)	3 (1,0%)	0	3 (1,0%)	0	0	71 (23,0%)	0,685
Gãy phức hợp mũi - sàng - ổ mắt	8 (2,6%)	0	0	1 (0,3%)	0	0	9 (2,9%)	0,753
Gãy LeFort	58 (18,8%)	2 (0,6%)	0	5 (1,6%)	0	0	65 (21,0%)	0,722
Gãy dọc vòm	47 (15,2%)	2 (0,6%)	0	2 (0,6%)	0	0	51 (16,5%)	0,864
Gãy XOR xương hàm trên	14 (4,5%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)	0	0	1 (0,3%)	17 (5,5%)	0,067
Liệt mặt	2 (0,6%)	1 (0,3%)	0	0	0	0	3 (1,0%)	0,233
CT ổ mắt	20 (6,5%)	0	0	1 (0,3%)	0	0	21 (6,8%)	0,934
Tổng	265 (85,8%)	14 (4,5%)	7 (2,3%)	19 (6,1%)	3 (1,0%)	1 (0,3%)	309 (100,0%)	

IV. BÀN LUẬN

Có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ gãy xương hàm dưới giữa nam và nữ (4/1), trong đó nam chiếm ưu thế với 81,23%. Nhóm tuổi có tỷ lệ gãy xương hàm dưới cao là 21 - 30 và 31 - 40 tuổi, chiếm 49,19% số bệnh nhân. TNGT là nguyên nhân thường gặp nhất gây gãy xương hàm dưới, chiếm tới 85,8%; cao hơn 6 lần so với tất cả các nguyên nhân khác cộng lại. Trong các trường hợp gãy xương hàm dưới do TNGT, thường gặp

nhất là tai nạn liên quan đến xe máy, chiếm 78,49% (208/256), tiếp theo là ô tô, xe đạp và các phương tiện giao thông khác. Có 3,5% số trường hợp có nồng độ cồn trong máu. Các số liệu này đều có chiều hướng giảm so với nghiên cứu của Vũ Trung Trực trên 244 trường hợp CTHM năm 2021-2022 (nam/nữ: 7/1, độ tuổi 19-39 chiếm 63,9% và TNGT chiếm 92,7%; tỉ lệ có nồng độ cồn là 30%) [2]. Đây có thể là hiệu ứng tích cực từ các biện pháp hạn chế nồng độ cồn

đối với người tham gia giao thông của chính phủ. Tuy nhiên, tỷ lệ TNGT trong nghiên cứu vẫn cao hơn nhiều so với kết quả của các tác giả nước ngoài như tại Chiang Mai (Thái Lan) (76%) [3], Úc 18% [6].

Số bệnh nhân liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp đến việc sử dụng rượu nhập viện vì gãy xương hàm dưới là 11, chiếm 3,5% tổng số ca. Trong số 11 bệnh nhân này, 9 bệnh nhân được phát hiện có nồng độ cồn trong hơi thở cao và 2 bệnh nhân là nạn nhân của tai nạn bạo lực gây ra bởi người sử dụng rượu. Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 1 bệnh nhân (0,32%) bị gãy xương hàm dưới có tiền sử sử dụng ma túy bất hợp pháp. Cũng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nguyên nhân gây gãy xương hàm dưới, ý thức của bệnh nhân và việc sử dụng chất gây nghiện (lần lượt là $p = 0,027$ và $p = 0,015$). Trong số 9 bệnh nhân được ghi nhận là đã sử dụng rượu trước khi nhập viện, có 8 trường hợp do TNGT và 1 trường hợp là do TNSH ngã từ trên cao. Mặc dù con số về số người sử dụng rượu ở nam giới cao hơn nữ giới nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa phân bố giới tính và lạm dụng chất gây nghiện ($p > 0,05$). Tỷ lệ gãy xương hàm dưới liên quan đến rượu tương đối thấp khi so sánh với nghiên cứu của Giáp Hải Vân (13,3%) [4] và các khu vực khác ở Châu Á [3,5]. Hai nghiên cứu khác từ O'Meara và từ Dongas cùng cộng sự chỉ ra rằng tỷ lệ gãy xương hàm dưới có liên quan tới việc uống rượu lần lượt là 63,85% và 41,4% [1,6]. Đây là có thể là do hạn chế của nghiên cứu hồi cứu về việc sử dụng chất gây nghiện, hồ sơ bệnh án thường không tiết lộ chi tiết về việc bệnh nhân có hay không sử dụng chất gây nghiện, liều lượng ma túy, vì bệnh nhân và người nhà của họ thường miễn cưỡng tiết lộ những thông tin như vậy một cách công khai.

Chấn thương sọ não xảy ra cao nhất trong các loại chấn thương kèm theo (45,31%). Về chấn thương ngực, có sự khác biệt đáng kể giữa tỷ lệ trong nghiên cứu trong nước và nghiên cứu nước ngoài. Nghiên cứu của Micheal W Chu tại Hoa Kỳ cho biết tỷ lệ chấn thương ngực ở trẻ em và người lớn lần lượt là 17,92% và 22,79% [7]. Kết quả này gần gấp đôi tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi (12,0%). Giải thích cho sự khác biệt này có thể nằm ở loại phương tiện chủ yếu được sử dụng tại địa phương đó. Ở Việt Nam, xe máy là loại phương tiện chủ yếu, quán tính lớn tạo ra do tốc độ cao và có xu hướng hất nạn nhân về phía trước hoặc sang một bên, và bệnh nhân thường có phản xạ chống các chi trên

xuống đất để tránh tổn thương đầu và ngực. Tuy nhiên, ở các nước phát triển như Hoa Kỳ, phương tiện giao thông chính là ô tô, khi tai nạn xảy ra đột ngột, toàn bộ phần thân trên của nạn nhân có xu hướng ngã về phía trước và ngực va đập vào vật cứng, chẳng hạn như vô lăng, do đó gây ra nhiều chấn thương ngực hơn.

Tương tự các nghiên cứu khác, tỷ lệ gãy đa ổ chiếm phần lớn trong các ca gãy xương hàm dưới. Nghiên cứu của Fu-Yu Lin (Đài Loan) và cộng sự năm 2017 cũng chỉ ra rằng 43% số ca có một ổ gãy trong khi 57% có hai ổ gãy trở lên [8]. Nghiên cứu của Giáp Hải Vân cũng cho thấy chỉ có 41% số ca chỉ có một ổ gãy [4]. Nghiên cứu của chúng tôi thu về kết quả tương tự, với 43,3% tổng số bệnh nhân có một ổ gãy, 41,1% có hai ổ gãy và 15,53% có ba ổ gãy xương trở lên. Trong nhóm bệnh nhân không liên quan đến rượu hoặc chất gây nghiện, số ca chỉ có một ổ gãy chiếm nhiều nhất với 41,7%, tiếp theo là những người có hai ổ gãy xương (39,5%). Hai bệnh nhân (0,6%) có 5 ổ gãy xương cũng thuộc nhóm này. Trong khi đó, trong số 9 bệnh nhân uống rượu, 4 người (1,3%) có gãy xương đơn ổ, 4 trường hợp khác có hai ổ gãy, chỉ có 1 (0,3%) trường hợp có 4 ổ gãy. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số ổ gãy xương và sự liên quan của ca bệnh tới rượu hoặc các chất gây nghiện khác.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có cả những điểm tương đồng và điểm khác biệt so với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Vị trí gãy xương hàm dưới phổ biến nhất trong cộng đồng người Việt Nam và cộng đồng người Châu Á nói chung là vùng cằm, tỷ lệ gặp dao động từ 36,3% - 45,3% [2,3,8]. Tuy nhiên, kết quả này trái ngược với kết quả của các nghiên cứu được tiến hành ở các nước phát triển. Theo nghiên cứu của Dongas và cộng sự tại Tasmania, Úc năm 2002, gãy góc hàm chiếm 32%, nhiều hơn gãy xương ở tất cả các vị trí khác [6]. Kết quả của O'Meara và cộng sự cũng phù hợp với nghiên cứu đã đề cập ở trên, với 40,5% là gãy góc hàm [1]. Về mối liên quan giữa các vùng gãy và cơ chế chấn thương, trong hai nghiên cứu của Dongas và O'Meara, tai nạn bạo lực là nguyên nhân hàng đầu gây ra gãy xương vùng hàm mặt. Các nghiên cứu này cho thấy rằng ở các nước phát triển, gãy góc hàm hoặc cạnh ngang xương hàm dưới là vị trí thường bị gãy nhất trong các vụ bạo lực xã hội, và ở các nước đang phát triển, vị trí gãy chủ yếu là vùng cằm, gây ra do tai nạn xe cơ giới. Tuy nhiên, không có sự khác biệt đáng kể giữa nguyên nhân gây chấn thương và

vị trí gãy xương (Bảng 3).

Mỏm vệt của xương hàm ít bị gãy hơn cả, điều này dễ hiểu vì các vị trí này thường được cơ cắn và phức hợp xương gò má cung tiếp che phủ và bảo vệ. Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện thấy tỷ lệ gãy mỏm vệt chỉ chiếm 4,24% trong tổng số các trường hợp gãy xương hàm dưới.

V. KẾT LUẬN

Phân tích 309 bệnh nhân với 542 vị trí gãy xương hàm dưới tại Khoa Phẫu thuật hàm mặt, Tạo hình và Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, gãy xương hàm dưới có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng chủ yếu xảy ra ở những người trong độ tuổi lao động, đặc biệt là nam giới. Nguyên nhân gây gãy xương hàm dưới thường gặp nhất là do TNGT (85,8%), trong đó TNGT liên quan đến xe máy chiếm nhiều nhất trong các phương tiện giao thông (78,49%, 208/256). Số bệnh nhân liên quan đến rượu bia chiếm 3,5% tổng số và 0,32% liên quan đến tiền sử sử dụng ma túy bất hợp pháp. Cằm là vị trí thường gặp nhất của gãy xương hàm dưới, xảy ra nhiều nhất trong các vụ tai nạn giao thông.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. O'Meara C, Witherspoon R, Hapangama N, Hyam DM. Mandible fracture severity may be increased by alcohol and interpersonal violence.

Aust Dent J. 2011;56(2):166-170. doi:10.1111/j.1834-7819.2011.01319.

2. Vũ Trung Trực, Phan Hà My (2024). Tình hình gãy xương hàm trên Le Fort điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2021-2022. Tạp chí Ngoại khoa và Phẫu thuật nội soi Việt Nam, số 1, tập 14, trang 35-41. <https://doi.org/10.51199/vjsel.2024.1.5>
3. Sirimaharaj W, Pyungtanasup K. The epidemiology of mandibular fractures treated at Chiang Mai University Hospital: a review of 198 cases. J Med Assoc Thai. 2008;91(6):868-874.
4. Giáp HV. Nhận xét hình thái gãy xương hàm dưới trên bệnh nhân chấn thương hàm mặt tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội năm 2016-2017 - Khóa luận tốt nghiệp đại học.
5. Jung HW, Lee BS, Kwon YD, et al. Retrospective clinical study of mandible fractures. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2014; 40(1):21-26. doi:10.5125/jkaoms.2014.40.1.21
6. Dongas P, Hall GM. Mandibular fracture patterns in Tasmania, Australia. Aust Dent J. 2002;47(2): 131-137. doi:10.1111/j.1834-7819.2002.tb00316.x
7. Chu MW, Soleimani T, Evans TA, et al. C-spine injury and mandibular fractures: lifesaver broken in two spots. J Surg Res. 2016;206(2):386-390. doi:10.1016/j.jss.2016.08.019
8. Lin FY, Wu CI, Cheng HT. Mandibular Fracture Patterns at a Medical Center in Central Taiwan: A 3-Year Epidemiological Review. Medicine (Baltimore). 2017;96(51):e9333. doi:10.1097/MD.0000000000009333

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT GAN

Hồ Văn Linh¹, Hồ Võ Hoài Phương², Đặng Quốc Ái^{3,4}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi cắt gan ngày càng trở thành lựa chọn phổ biến trong điều trị ung thư gan, đặc biệt đối với những khối u nhỏ. Nghiên cứu nhằm đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kỹ thuật và kết quả của phẫu thuật này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu và mô tả, theo dõi dọc 87 bệnh nhân phẫu thuật cắt gan tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 01/2019 đến tháng 05/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $56,7 \pm 10,6$ (25 - 80). Tỷ lệ nam/nữ là 88% và 12%. Tỷ lệ ung thư gan giai đoạn

BCLC-A là 90,8%. Kích thước khối u trung bình là $3,7 \pm 1,3$ (2,5 - 5,0) cm, trong đó 82,8% là khối u đơn độc. Tỷ lệ kiểm soát cuống phải và cuống trái là 65,5% và 34,5%. Phương pháp cầm máu tại diện cắt sử dụng bipolar và Bioglue lần lượt là 86,2% và 13,8%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $115,6 \pm 37,9$ (70 - 235) phút, với lượng máu mất trung bình là $390 \pm 271,5$ (100 - 1150) ml. Tỷ lệ tai biến tổn thương tĩnh mạch gan là 5,7%. Biến chứng sau phẫu thuật ghi nhận là 16%. Thời gian nằm viện trung bình là $9,7 \pm 5,3$ (7 - 25) ngày và tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật là 1,1%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt gan là phương pháp khả thi, có thể thực hiện tại các trung tâm lớn với trang thiết bị hiện đại và đội ngũ phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Đây là phương pháp an toàn và hợp lý cho các khối u kích thước dưới 5 cm, với tỷ lệ biến chứng và tử vong thấp cũng như thời gian nằm viện ngắn. **Từ khóa:** Cắt gan nội soi, điều trị ung thư gan, cắt gan.

SUMMARY

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC LIVER RESECTION

¹Bệnh viện TW Huế

²Đại Học Duy Tân

³Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2025

Ngày duyệt bài: 29.5.2025