được đã đề kháng với nhiều kháng sinh thường dùng với các mức độ khác nhau. Xuất hiện Enterococcus faecalis kháng linezolid (3,6%), Enterococcus faecium kháng vancomycin (13,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam (2013)**, Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở Việt Nam.
2. **Trần Thị Thanh Nga (2015)**, "Tác nhân gây nhiễm trùng tiểu và tình hình đề kháng kháng sinh tại bệnh viện Chợ Rẫy 2013", Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh. 18(4).
3. **Nguyễn Thị Thanh Tâm và Trần Thị Bích Hương (2015),** "Đặc điểm lâm sàng và vi trùng học của nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp ở người trưởng thành tại bệnh viện Chợ Rẫy", Y học TP Hồ Chí Minh. 19(4), tr. 8.
4. **Trần Thị Thủy Trinh và Bùi Mạnh Côn (2016),** "Đề kháng kháng sinh của các tác nhân gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu tại bệnh viện An Bình năm 2015", Y học TP Hồ Chí Minh. 20(5), tr. 6.
5. **Márió Gajdács và các cộng sự. (2020),** "Increasing relevance of Gram-positive cocci in urinary tract infections: a 10-year analysis of their prevalence and resistance trends", Scientific Reports. 10(1), tr. 1-11.
6. **Kiều Chí Thành và các cộng sự. (2017),** "Nghiên cứu tỷ lệ và tính kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu tại Bệnh viện Quân Y 103 (2014 - 2016)", Thời sự y học. 12/2017(12/2017), tr. 6.
7. **PA Wayne (2019),** Clinical and Laboratory Standards Institute: Performance standards for antimicrobial susceptibility testing: 29th informational supplement. CLSI document M100-S29. 2019, chủ biên.
8. **Kaleem Ullah Zubair và các cộng sự. (2019),** "Frequency of urinary tract infection and antibiotic sensitivity of uropathogens in patients with diabetes", Pakistan journal of medical sciences. 35(6), tr. 1664.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X-QUANG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP XƯƠNG GÃY GÓC HÀM DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Vũ Thị Quý*, Đặng Triệu Hùng*, Đào Văn Giang*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, x- quang của bệnh nhân gãy góc hàm dưới được phẫu thuật kết hợp xương tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2021 – 2022. Nhận xét kết quả điều trị sau bảy ngày của nhóm bệnh nhân trên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành trên những bệnh nhân chấn thương hàm mặt có gãy góc hàm XHD được khám và điều trị phẫu thuật kết hợp xương tại Khoa phẫu thuật hàm mặt tạo hình thẩm mỹ Bệnh viện Việt Đức. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, đối tượng tiến cứu. **Kết quả:** Tỉ lệ gãy góc hàm ở bệnh nhân nam nữ là 4:1. Lứa tuổi hay gặp là 19 – 39 tuổi chiếm 58,67%. Nguyên nhân tai nạn giao thông chiếm tới 85,34%. Kiểu gãy phối hợp chiếm tới 84% trong đó gãy vùng cằm chiếm tới 33,34%. Các triệu chứng lâm sàng hay gặp trong gãy góc hàm là điểm đau chói (90,67%), khớp cắn sai (97,33%), há miệng hạn chế (93,33%), sưng đau vùng góc hàm (90,67%). Tỉ lệ bệnh nhân ở mức độ chạm răng tốt (chạm 3 vùng) chiếm 98,67%. **Kết luận:** Gãy góc hàm chủ yếu xảy ra ở nam giới, tuổi hay gặp là 19 – 39 tuổi. Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là do tai nạn giao thông và phương tiện gây ra tai nạn phần lớn là xe máy, Gãy góc hàm thường là gãy phối hợp chủ yếu là gãy phối hợp với các đường gãy khác của XHD. Các triệu chứng lâm sàng hay gặp trong gãy góc hàm là điểm đau chói, khớp cắn sai, há miệng hạn chế, sưng đau vùng góc hàm. Tỉ lệ bệnh nhân ở mức độ chạm răng tốt chiếm đa số.

Từ khóa: gãy góc xương hàm dưới, bệnh viên Việt Đức.

**Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Đặng Triệu Hùng
Email: Dangtrieuhung@gmail.com
Ngày nhận bài: 1.6.2022
Ngày phản biện khoa học: 27.7.2022
Ngày duyệt bài: 2.8.2022

SUMMARY

THE CLINICAL AND X-RAY CHARACTERISTICS AND RESULT OF OSTEOSYNTHESIS SURGERY OF MANDIBULAR ANGLE FRACTURES AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical and x-ray characteristics of patients with mandibular angle fractures undergoing osteosynthesis surgery at Viet Duc Hospital in Hanoi in 2021-2022 and review the treatment results of the above group of patients after 7 days. **Subjects and methods**: The study was conducted on maxillofacial trauma patients with mandibular angle fracture who were examined and treated with osteosynthesis surgery at the Department of Plastic and Maxillofacial Surgery, Viet Duc Hospital. Cross-sectional descriptive study, prospective subjects. **Results:** The Male/Female ratio is 4/1. The common age group is 19 - 39 years old, accounting for 58.67%. Traffic accidents account for 85.34%. The most common symptoms are Common clinical symptoms in mandibular angle fracture are sharp pain (90.67%), bite misalignment (97.33%), limited mouth opening (93.33%), swollen angle area (90,67)%). The proportion of patients having good contact point (points of 3 areas) accounted for 98.67%.

Conclusion: Fracture of the mandibular angle mainly occurs in men, the common age is 19 - 39 years old. The main cause of trauma is traffic accidents and the vehicle that causes the accident is mostly motorcycles. Mandibular angle fractures are usually a combined fracture, mainly a combination fracture with other fracture lines of the mandible. The most common symptoms in mandibular angle fracture are sharp pain, bite misalignment, limited mouth opening, swollen in angle area. Most patients had good contact points.

Key words: mandibular angle fracture, Viet Duc hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Góc hàm là một điểm yếu của XHD, có thể do xương vùng góc hàm mỏng (mặt phẳng cắt ngang), do có sự chuyển hướng của các thớ xương và có sự hiện diện của răng khôn hàm dưới[1,2 3]. XHD là một xương động, vùng góc hàm lại có đặc điểm giải phẫu khá phức tạp, đặc biệt là có liên quan mật thiết với các nhánh của dây thần kinh mặt, thần kinh hàm dưới, động mạch và tĩnh mạch mặt, và là nơi bám của đa số các cơ nhai[4]. Vì vậy, trong gãy góc hàm, để chẩn đoán chính xác, lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp và hạn chế biến chứng sau mổ cần khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xem xét trong sự vận động chức năng, cơ sinh học của XHD[2].

Để góp phần đánh giá kết quả điều trị cũng như nâng cao chất lượng trong việc điều trị bệnh nhân gãy góc xương hàm dưới, chúng tôi tiến hành đề tài: *"Nhận xét đặc điểm lâm sàng, x-quang và kết quả kết hợp xương gãy góc hàm tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức"* với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, x-quang của bệnh nhân gãy góc hàm dưới được phẫu thuật kết hợp xương tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức năm 2021 – 2022.

2. Nhận xét kết quả điều trị sau 7 ngày của nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên những bệnh nhân chấn thương hàm mặt có gãy góc hàm XHD được khám và điều trị phẫu thuật kết hợp xương tại Khoa phẫu thuật hàm mặt tạo hình thẩm mỹ Bệnh viện Việt Đức

Tiêu chuẩn lựa chọn: Gãy góc hàm toàn bộ, một đường, đơn thuần; hoặc phối hợp không ảnh hưởng nặng tới khớp cắn.

- Bệnh nhân được phẫu thuật KHX.
- Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật trong vòng 7 ngày sau chấn thương, bệnh nhân được tái khám và theo dõi đầy đủ

Tiêu chuẩn loại trừ: Gãy góc hàm vụn thành nhiều mảnh hoặc mất đoạn

- Gãy góc hàm do bệnh lý
- Bệnh nhân không hợp tác điều trị hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, tiến cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu. Tính theo công thức tính cỡ mẫu cho việc ước tính tỷ lệ phần trăm (%)

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

+ n : cỡ mẫu nghiên cứu

+ $Z^2_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy. Với α= 0,05 ta có $Z^2_{1-\alpha/2}$ = 1,96[2]

+ p: tỉ lệ kết quả điều trị tốt của phương pháp điều trị phẫu thuật gãy góc hàm XHD.

Chọn p = 0,95 (ước tính theo nghiên cứu của Phạm Văn Liệu về điều tri gãy góc hàm XHD bằng phương pháp phẫu thuật, tại Bệnh viện Việt – Tiệp Hải Phòng, từ năm 1997 – 2004, cho kết quả tốt là 95%)[4].

d: độ chính xác mong muốn, chọn d = 0,05

Thay vào công thức ta có: n=73 (bệnh nhân).

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu: Sau khi đối tượng nghiên cứu đã tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu thì việc nghiên cứu sẽ được tiến hành dựa trên khai thác các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

2.2.4. Xử lí số liệu: Số liệu được làm sạch, mã hóa và nhập bằng phần mềm Excel. Phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0

2.3. Vấn đề y đức. Được sự đồng thuận của người bệnh và người nhà trong vi ệc tham gia nghiên cứu. Tất cả thông tin về vấn đề sức khỏe và thông tin cá nhân của người bệnh sẽ được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Phân loại đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi và giới

Giới / Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
< 19	12	16,00	4	5.33	16	21,33

19 - 39	36	48,00	8	10,67	44	58,67
> 39	12	16,00	3	4,00	15	20
Tổng	60	80,00	15	20,00	75	100

Nhận xét: Bệnh nhân gãy góc hàm chủ yếu gặp ở nam giới chiếm tỉ lệ 80%. Lứa tuổi hay gặp là 19 – 39 tuổi chiếm 58,67%. Tuổi trung bình 30.67±15tuổi, tuổi nhỏ nhất là 15 và lớn nhất là 69 tuổi.

Bảng 2. Đặc điểm phân bố nguyên nhân chấn thương theo giới

Giới / Nguyên nhân	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Tai nạn giao thông	52	**69,34**	12	16,00	64	**85,34**
Tai nạn sinh hoạt	1	1,33	1	1,33	2	2,66
Tai nạn lao động	4	5,33	0	0	4	5,33
Tai nạn thể thao	0	0	0	0	0	0
Đánh nhau	2	**2,67**	3	4,00	5	**6,67**
Tổng	59	78,67	16	21,33	75	100

Nhận xét: Nguyên nhân chấn thương gãy góc hàm hay gặp nhất là do tai nạn giao thông chiếm **85,34%** và chủ yếu xảy ra ở nam giới (68,49%). Nguyên nhân thứ hai hay gặp là đánh nhau (chiếm 6,67%) và cũng chỉ xảy ra ở nam giới. Phương tiện gây ra tai nạn giao thông chủ yếu là do xe máy chiếm **93,75%** (60/64).

3.2. Lâm sàng và X quang

Bảng 3: Gãy góc hàm và các đường gãy xương mặt phối hợp

Gãy góc hàm		Số BN		Tổng	
		n	%	n	%
Đơn thuần	1 hoặc 2 bên	12	16,00	12	16,00
Phối hợp	Đường gãy khác của XHD	25	**33,34**	63	84,00
	Gãy XHD + XHT	4	5,33		
	Gãy XHD + XGM-CT	7	9,33		
	XHD + XHT + XGM-CT	11	14,67		
	Gãy XHT	2	2,67		
	Gãy XGM-CT	7	**9,33**		
	Gãy XHT + XGM-CT	7	9,33		
Tổng				75	100,0

Nhận xét: - Gãy góc hàm thường là gãy phối hợp chiếm 84%. Chủ yếu là gãy phối hợp với các đường gãy khác của XHD (33,34%).

- Gãy xương tầng giữa mặt (gãy XGM-CT và/hoặc XHT) phối hợp với gãy góc hàm chiếm 50,67% (38/75), trong số đó thì gãy XHD+XHT+ XGM-CT với góc hàm bị gãy là gặp nhiều nhất (14,67%).

Bảng 4: Liên quan giữa gãy góc hàm và sự phân bố các đường gãy phối hợp của XHD

Phân bố đối với góc hàm gãy Gãy phối hợp	Cùng bên		Đối bên		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Gãy lồi cầu	0	0	3	5,66	3	5,66
Gãy cành ngang	2	3,77	6	11,32	8	15,09
Gãy vùng cằm, bên cằm	17	32,08	25	**47,17**	42	**79,25**
Tổng	19	**35,85**	34	**64,15**		
					53	100

Nhận xét: - Gãy góc hàm phối hợp với gãy vùng cằm là chủ yếu chiếm tỷ lệ 79,25% (32,08 + 47,17), bao gồm gãy cận giữa cằm (hay gãy qua vùng răng nanh) và gãy chính giữa cằm.

- Các đường gãy phối hợp của XHD trong gãy góc hàm đa số là gãy ở phía đối bên với góc hàm bị gãy chiếm **64,15%** (34/53); trong số đó thì chủ yếu là gãy cận giữa cằm ở phía đối bên (47,17%).

Bảng 5: Liên quan của răng khôn hàm dưới trong gãy góc hàm

RKHD	Góc hàm bị gãy						Tổng	
	Bên phải		Bên trái		Hai bên			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Có	22	29,33	35	46,67	2	2,67	59	**78,67**
Không	9	12,00	6	8,00	1	1,33	16	21,33
Tổng	31	41,33	41	**54,67**	3	4,00	75	100,0

Nhận xét: - Gãy góc hàm bên trái là chủ yếu chiếm 54,67%.

- RKHD hiện diện ở góc hàm bị gãy trong đa số các trường hợp (78,67%), mà chủ yếu là góc hàm bên trái (46,67%).

Bảng 6: Triệu chứng lâm sàng gãy góc hàm xương hàm dưới

Các triệu chứng lâm sàng chính

Kí hiệu	Triệu chứng lâm sàng	Số BN	Tỷ lệ %
T1	Dị cảm hay tê bì môi dưới phía bên gãy	31/75	41,33
T2	Sưng đau vùng góc hàm	68/75	**90,67**
T3	Bầm tím vùng góc hàm	30/75	40,00
T4	Biến dạng mặt	42/75	56,00
T5	Vết thương phần mềm vùng mặt phía bên gãy	35/75	46,67
T6	Há miệng hạn chế	70/75	**93,33**
T7	Khớp cắn sai	73/75	**97,33**
T8	Rách niêm mạc lợi vùng răng khôn bên gãy	43/75	**57,33**
T9	Sờ không liên tục bờ dưới bên gãy	27/75	36,00
T10	Ấn vùng gãy có điểm đau chói	68/75	**90,67**
T11	Ấn dồn XHD có điểm đau ở vùng gãy	32/75	42,67
T12	Di động bất thường giữa hai đầu gãy	46/75	**61,33**

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng hay gặp trong gãy góc hàm là điểm đau chói (90,67%), khớp cắn sai (97,33%), há miệng hạn chế (93,33%), sưng đau vùng góc hàm (90,67%).

- Di động bất thường giữa hai đầu gãy (61,33%) và rách niêm mạc lợi vùng răng khôn bên gãy (57,33%) chiếm tỷ lệ không cao nhưng rất có giá trị trong chẩn đoán.

3.3. Kết quả điều trị phẫu thuật gãy góc hàm.

Đánh giá kết quả điều trị khi ra viện

Bảng 7: loại mức độ chạm răng theo vùng khi ra viện

Mức độ / Kết hợp xương	**Tốt** (Chạm răng 3 vùng)		**Khá** (Chạm răng 2 vùng)		**Kém** (Chạm răng 1 vùng)		**Tổng số BN**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Nẹp vis	74	**98,67**	1	1,33	0		**75**	100

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân ở mức độ chạm răng tốt (chạm 3 vùng) chiếm 98,67%, nghĩa là việc nắn chỉnh để KHX của chúng tôi đạt yêu cầu về giải phẫu và chức năng.

IV. BÀN LUẬN

Trong số 75 bệnh nhân được nghiên cứu, chúng tôi thấy gãy góc hàm XHD chủ yếu gặp ở nam giới chiếm tỷ lệ 80%; tỷ lệ nam/nữ = 4/1 và nhóm tuổi thường gặp là 19 – 39 tuổi chiếm 58,67%; tuổi trung bình là 30,67 tuổi ± 15 tuổi và tuổi nhỏ nhất là 15 và lớn nhất là 69 tuổi. Kết quả này tương tự như kết quả của Dainius Razukekevicius và Cs (2005) đánh giá kết quả các phương pháp điều trị gãy góc hàm XHD trên 425 bệnh nhân nhận thấy nam giới chiếm 89% và lứa tuổi hay gặp là 15 – 44 tuổi chiếm 64,9%[5] Kết quả này cũng giống với nghiên cứu của Phạm Văn Liệu đánh giá kết quả 35 trường hợp gãy góc hàm (1997 – 2004) tại Việt Nam cho thấy chủ yếu gặp ở nam giới, lứa tuổi thường gặp là 21 – 30 tuổi. Theo số liệu nghiên cứu của viện RăngHàm Mặt Hà Nội năm 2010: 80% do tai nạn giao thông và 20% do các nguyên nhân khác như té ngã, tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động. Một nghiên cứu ở Ấn Độ được đăng trên tạp chí Hàn Quốc năm 2016, cho thấy chấn thương hàm mặt do tai nạn giao thông chiếm 73,8% và 26,2% do các nguyên nhân khác. [4]

Bảng 2: cho thấy nguyên nhân chấn thương gãy góc hàm hay gặp nhất là do tai nạn giao thông, chủ yếu xảy ra ở nam giới (69,34%). Nguyên nhân thứ hai hay gặp là đánh nhau chiếm 6,67% và cũng chỉ xảy ra ở nam giới. Phương tiện gây ra tai nạn giao thông chủ yếu là do xe máy chiếm 93,75% (60/64). so với nghiên cứu của Paza AO và Cs thì chủ yếu là do ô tô và xe đạp (39%). Điều này phù hợp với tình trạng giao thông của nước ta hiện nay. [6]

Balwant Rai, S.K. Dhattarwal và Cs nghiên cứu 100 bệnh nhân gãy XHD (2002 – 2005) trong đó có 18 bệnh nhân gãy góc hàm tại Khoa phẫu thuật hàm mặt trường Đại học Răng hàm mặt Quốc gia Rohtak Ấn Độ cho thấy gãy góc hàm phối hợp với vùng cằm chiếm 81,82% (9/11), mà chủ yếu là vùng răng nanh bên đối diện với góc hàm bị gãy chiếm 63,63% (7/11) và gãy góc hàm đơn thuần chiếm 38,89% (7/18).[7]

Trong số 75 bệnh nhân gãy góc hàm chúng tôi gặp 3 trường hợp gãy góc hàm hai bên (4%) và mỗi bệnh nhân đều có 2 răng RKHD. RKHD hiện diện ở góc hàm bị gãy trong đa số các trường hợp (78,67%), mà chủ yếu là góc hàm bên trái (46,67%).

Jose E Barrera và Cs nghiên cứu cho thấy triệu chứng trong gãy góc hàm thường gặp là khớp cắn sai, có đặc điểm là cắn hở phía trước và chạm sớm răng hàm phía sau (đối với gãy góc hàm hai bên); nếu gãy góc hàm một bên thì chỉ cắn hở ở một bên. Dị cảm hay tê bì môi dưới bên gãy hầu hết gặp trong gãy góc hàm có di lệch [8]. Edward W Chang cho rằng triệu chứng lâm sàng thường gặp trong gãy góc hàm là há miệng hạn chế, dị cảm hay tê bì môi dưới bên gãy, khớp cắn sai, ấn có điểm đau chói. [9]

Bảng 7 đánh giá lúc bệnh nhân ra viện (đang cố định hai hàm) thì cắn chạm răng theo vùng ở mức độ tốt chiếm tỷ lệ cao 98,67%, nghĩa là khớp cắn đúng và các răng đều chạm nhau ở tư thế lồng múi tối đa.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 75 bệnh nhân gãy góc hàm XHD tại Bệnh ciện Hữu nghị Việt Đức , Hà Nội từ tháng 05/2021 đến 04/2022, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Gãy góc hàm chủ yếu xảy ra ở nam giới (80%), tuổi hay gặp là 19 – 39 tuổi (58,67%). Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là do tai nạn giao thông (85,34%) và phương tiện gây ra tai nạn phần lớn là xe máy (93,75%).
- Gãy góc hàm thường là gãy phối hợp (84%). Chủ yếu là gãy phối hợp với các đường gãy khác của XHD (33,34%). Khi có gãy phối hợp thì chủ yếu là gãy đối bên với góc hàm bị gãy.
- Triệu chứng lâm sàng thường gặp trong gãy góc hàm là sưng đau vùng góc hàm, há miệng hạn chế, khớp cắn sai và ấn có điểm đau chói.
- **Kết quả điều trị khi ra viện:** Cắn chạm răng theo vùng ở mức độ Tốt: 98,67%, khá: 1,33%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Giải phẫu**, Trường Đại học Y Hà Nội. Các cơ quan ở Đầu - mặt - cổ. Hà Nội 2001.
2. **Bộ môn Phẫu thuật tạo hình,** Trường Đại học Y Hà Nội. Chấn thương vùng hàm mặt. Hà Nội 2000.
3. Fox AJ, Kellman RM. Mandibular angle fractures: two-miniplate fixation and complications. Arch Facial Plast Surg. 2003;5(6):464-469. doi:10.1001/archfaci.5.6.464
4. **Phạm Văn Liệu.** Đặc điểm dịch tễ học gãy XHD và so sánh hai phương pháp điều trị gãy góc hàm [Luận án Tiến sĩ Y học], Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2008.
5. **Razukevicius D, Sabalys G, Kubilius R**. Comparative analysis of the effectiveness of the mandibular angle fracture treatment methods. Stomatologija. 2005;7(2):35-39.
6. **Paza AO, Abuabara A, Passeri LA.** Analysis of 115 mandibular angle fractures. J Oral Maxillofac Surg. 2008;66(1):73-76. doi:10.1016/j.joms.2007.05.025
7. Rai B, Dhattarwal SK, Jain R, Kangra V, Anand SC, Bhardawaj DN. Road Traffic Accidents: Site Of Fracture Of The Mandible. The Internet Journal of Epidemiology. 2006;4(2).
8. **Jose E Barrera, Stephen G Batuello,** Head and Neck Surgery, Stanford University. Mandibular angle fractures, U.S.A 2007
9. **Edward W Chang, Samuel M Lam**, Edward Farrior, Facial Plastic Surgery Education, Department of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, Columbia University Medical Center. Mandible Fractures, General Principles and Occlusion.USA 2005.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TỔN THƯƠNG TRÊN HÌNH ẢNH CHỤP MẠCH CỦA BỆNH NHÂN CÓ TỔN THƯƠNG VỮA XƠ ĐỘNG MẠCH CHẬU MẠN TÍNH

Lê Thế Anh[1], Phạm Thái Giang[2], Lê Văn Trường[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương động mạch động mạch chậu mạn tính trên chụp mạch xóa nền kĩ thuật số. **Đối tượng và phương pháp**: nghiên cứu mô tả trên 75 bệnh nhân hẹp tắc mạn tính động mạch chậu được điều trị tại Viện tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai từ 09/2016 đến 12/2019. **Kết quả**: Tuổi trung bình 69,3 ± 9,9 (năm), Nam giới chiếm 93,3%, tăng huyết áp chiếm 72%, hút thuốc lá chiếm 38,7%, đái tháo đường chiếm 37,3%. Tổn thương loét chiếm 29,3%, ABI trung bình 0,3 ± 0,27, ABI ≤ 0.4 chiếm 69,3%. Đặc điểm tổn thương

[1]Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa
[2]Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thế Anh
Email: vmechiendo@yahoo.com
Ngày nhận bài: 30.5.2022
Ngày phản biện khoa học: 22.7.2022
Ngày duyệt bài: 29.7.2022