

biệt có ý nghĩa thống kê, nhưng trong tổng số người có kiến thức tốt (n=325) có đến 94,8% (308/325) người dân cũng được đánh giá có thực hành đúng. Kết quả cũng tương tự khi xét về mối tương quan giữa kiến thức đúng và thái độ tích cực, khi có 94,8% trong số người dân có kiến thức đúng được đánh giá có thái độ tích cực. Khi xét về mối tương quan giữa thái độ tích cực và thực hành đúng cũng được thể hiện qua tỉ lệ 94,2% số người trong nhóm có thái độ tích cực được đánh giá có thực hành đúng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về các mối tương quan trên cũng phù hợp với một số nghiên cứu tương tự tại các tỉnh, thành hoặc đơn vị khám chữa bệnh trong nước [2], [4], [6], [7].

V. KẾT LUẬN

Kiến thức, thái độ và thực hành trong phòng chống COVID-19 của người dân thành phố Cần Thơ đạt ở mức độ cao với tỉ lệ người dân được đánh giá mức độ kiến thức đúng đạt 86,0%, thái độ tích cực đạt 94,3% và thực hành đúng đạt 82,3%. Ở nhóm người dân có kiến thức đúng thì tỉ lệ có thái độ tích cực và thực hành cũng đạt ở mức độ cao (đều trên 90%) nên việc trang bị kiến thức và thực hiện công tác tư tưởng tốt thì người dân sẽ có thái độ tích cực và thực hành phòng chống dịch bệnh cao hơn.

Mối tương quan giữa kiến thức chung và thực hành chung về phòng chống COVID-19 (n=308) đúng là 94,8%; mối tương quan giữa kiến thức chung và thái độ chung về phòng chống COVID-

19 (n=308) đúng là 94,8%; mối tương quan giữa thái độ chung và thực hành chung về phòng chống COVID-19 (n=342) đúng là 94,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2021). "Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế."
2. Huỳnh Giao, et al. (2021), "Kiến thức, thái độ và thực hành phòng ngừa COVID-19 của người bệnh tại Bệnh viện Quận 2, TP. Hồ Chí Minh", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 25(2), tr. 103-110.
3. Đào Thị Ngọc Huyền, et al. (2021), "Kiến thức, thái độ về COVID-19 của sinh viên y đa khoa năm thứ năm và năm thứ sáu tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 25(1), tr. 185-191.
4. Nguyễn Ngọc Như Khuê, et al. (2021), "Kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống dịch COVID-19 của người dân trên 18 tuổi tại tỉnh Đắk Lắk năm 2021", Tạp chí Y học Việt Nam.
5. Bùi Huy Tùng, et al. (2021), "Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống dịch COVID-19 của sinh viên Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội năm 2020", Tạp chí Y học Cộng đồng.
6. Jiayun Koh, et al. (2020), "Epidemiological and clinical characteristics of cases during the early phase of COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis", 7, pp. 295.
7. Ha Van Nhu, et al. (2020), "Knowledge, Attitudes, and Practices of the Vietnamese as Key Factors in Controlling COVID-19", Community Health, 45(6), pp. 1263-1269.
8. World Health Organization (2022). "Coronavirus disease (COVID-19) pandemic." Retrieved 20/07/2022, World Health Organization (WHO). "Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV).
9. World Health Organization (WHO). "Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV).

TỔNG QUAN CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ U XƠ XƯƠNG HÓA XƯƠNG HÀM

Nguyễn Trường Thịnh¹, Lê Ngọc Tuyền², Phạm Thanh Hải³

TÓM TẮT

Mục đích là mô tả kết quả điều trị của các phương pháp phẫu thuật và nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị u xơ xương hóa xương hàm. Một cuộc tìm kiếm đã được thực hiện vào tháng 8 năm 2021. Tiêu chí đủ điều kiện bao gồm các bài báo phải có chẩn đoán bằng mô bệnh học, phương pháp phẫu thuật, thời gian theo dõi và kết quả sau

phẫu thuật. Tổng cộng có 40 bài báo và 123 trường hợp. Tỷ lệ tái phát sau phẫu cao nhất ở phẫu thuật nạo là 11,5% với thời gian tái phát là 9,3 năm, phẫu thuật triệt để là 9% với thời gian tái phát là 2,7 năm, phẫu thuật bóc tách là 6,25% với thời gian tái phát là 1 năm và không có sự tái phát ở phẫu thuật kết hợp bóc tách và nạo. Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật ở Nam cao hơn ở nữ, hàm trên cao hơn hàm dưới. Tái phát sau phẫu thuật nhiều nhất ở độ tuổi từ 13 đến 18 tuổi, những khối u có diễn biến từ 1 đến 5 năm, kích thước khối u từ 2 cm đến 4 cm, khối u có đậm độ cản quang và có ranh giới không rõ ràng. Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật còn cao nhất ở những khối u làm xương vỏ mở rộng. Kết luận: Phẫu thuật bóc tách, phẫu thuật bóc tách kết hợp nạo nên được ưu tiên trong điều trị. Để tăng khả năng thành công sau khi phẫu thuật cần phải lưu ý đến các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật.

^{1,3}Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trường Thịnh

Email: dr.pr.thinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2022

Ngày duyệt bài: 23.8.2022

SUMMARY**REVIEW OF THE TREATMENTS FOR OSSIFYING FIBROMA IN JAW BONE**

The aim is to describe the treatment results of surgical methods and comment on some factors affecting the treatment results of ossifying fibroma of the jaw bone. A search was performed in August 2021. Eligibility criteria included articles that had to have a histopathological diagnosis, surgical method, follow-up time, and postoperative outcome. A total of 40 publications with 123 cases. The highest postoperative recurrence rate in curettage was 11.5% with a recurrence time of 9.3 years, radical surgery was 9% with a recurrence time of 2.7 years, surgical enucleation was 6.25% with a recurrence time of 1 year and no recurrence in the combined surgery of enucleation and curettage. The rate of recurrence after surgery is higher in men than in women, the maxilla is higher than the mandible. Recurrence after surgery is most common at the age of 13 to 18 years, tumors with duration of symptoms before treatment from 12 to 60 months, tumor size from 2 cm to 4 cm, tumor with radiopaque density and border unclear. Recurrence rates after surgery were highest in tumors that enlarged the cortical bone. Conclusion: Surgical enucleation, enucleation combined with curettage should be prioritized in treatment. In order to increase the probability of success after surgical treatment, it is necessary to pay attention to the factors affecting the outcome of surgical treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ xương hóa (OF) là tổn thương lành tính được WHO (2017) xếp vào nhóm tổn thương xơ xương trong phân loại các khối u vùng đầu và cổ. OF có đặc điểm mô bệnh học là sự tăng sinh lành tính của mô xơ khoáng hóa. Khối u tăng trưởng chậm, bệnh nhân thường không biểu hiện triệu chứng. Chẩn đoán xác định OF khi có sự tương đồng giữa các đặc điểm tổn thương khai thác được về bệnh sử, đặc điểm lâm sàng, hình ảnh X quang, tổn thương quan sát được trong phẫu thuật và kết quả mô bệnh học.

Trong nhiều năm qua, quan điểm lựa chọn phương pháp phẫu thuật vẫn còn là vấn đề tranh cãi, một số tác giả khuyên nên phẫu thuật cắt bỏ triệt để ở giai đoạn sớm nhất có thể, trong khi các tác giả khác khuyến cáo rằng phẫu thuật sử dụng kỹ thuật nạo khối u hoặc phẫu thuật sử dụng kỹ thuật bóc tách khối u nên là phương pháp điều trị ưu tiên. Kết quả điều trị của các phương pháp phẫu thuật cùng với các yếu tố ảnh hưởng cần được làm rõ để giúp cho nhà lâm sàng có thể đưa ra các phác đồ điều trị một cách phù hợp.

Với bối cảnh như vậy, tổng quan y văn có vai trò quan trọng khi giải quyết vấn đề bằng cái nhìn toàn cảnh nhất là trong bối cảnh phát triển

của Y học thực chứng. Từ những lí do trên, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu: "Tổng quan các phương pháp điều trị u xơ xương hóa xương hàm" với các mục tiêu sau:

1. *Mô tả kết quả điều trị của các phương pháp phẫu thuật u xơ xương hóa xương hàm từ các công trình nghiên cứu đã công bố.*

2. *Nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị u xơ xương hóa xương hàm từ các công trình nghiên cứu trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng. Đối tượng nghiên cứu là những bài báo tìm được trên các cơ sở dữ liệu y học, có liên quan đến các phương pháp điều trị u xơ xương hóa xương hàm, được tìm kiếm, thu thập và chọn lọc dựa trên trình tự mô tả trong phương pháp nghiên cứu. Đề tài được thực hiện tại Việt Nam. Thời gian thực hiện đề tài từ tháng 08/2021 đến tháng 08/2022.

2. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu này tuân theo hướng dẫn về phương pháp nghiên cứu cho tổng quan luận điểm được phát triển bởi Arksey và O'Malley, sau đó được hoàn thiện bởi Levac, Cochrane Public Health Group và Viện Joanna Brigg

3. Chiến lược tìm kiếm. Một cuộc tìm kiếm tài liệu điện tử toàn diện đã được thực hiện vào tháng 8 năm 2021 bằng cách sử dụng bốn cơ sở dữ liệu trực tuyến khác nhau (PubMed, Cochrane Library và Researchgate). Tìm kiếm bài viết cũng được thực hiện bằng cách tìm kiếm thư mục từ bài viết trước. Các cụm từ tìm kiếm: "Treatment for ossifying fibroma" OR/ AND "Treatment for cemento ossifying fibroma" OR/ AND "Conservative surgery" OR/ AND "Radical surgery" OR/ AND "Recurrence"

Tiêu chuẩn lựa chọn: Nghiên cứu ở con người. Nghiên cứu về các phương pháp phẫu thuật u xơ xương hóa và u xơ xương răng xương hóa ở xương hàm trên và xương hàm dưới. Các bệnh nhân trong nghiên cứu được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là OF hoặc COF. Không giới hạn thiết kế nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bài nghiên cứu dạng tổng quan. Các bài nghiên cứu không nêu rõ phương pháp điều trị và không có theo dõi sau điều trị. Các bài nghiên cứu trên động vật và các bài nghiên cứu trước năm 2005. Các bài báo không toàn văn, không viết bằng tiếng Anh

4. Trích xuất dữ liệu. Thông tin sau đây được trích xuất từ tất cả các nghiên cứu bao gồm: (1) đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân, (2) loại phẫu thuật, (3) thời gian theo dõi,

(4) tỷ lệ tái phát ở mỗi loại phẫu thuật, (5) thời gian tái phát trung bình, (6) vị trí khối u, (7) kích thước tổn thương, (8) ranh giới khối u, (9) tình trạng xương vò.

5. Đánh giá chất lượng và đánh giá sai số. Chất lượng nghiên cứu của các nghiên cứu được đánh giá dựa trên độ mạnh của bằng chứng được trung tâm Y học dựa trên Bảng chứng Oxford 2011 công bố. Đánh giá sai số của Joanna Brigg nghiên cứu loạt trường hợp và trường hợp bằng bộ câu hỏi. Đối với nghiên cứu loạt trường hợp, nếu câu trả lời "Có" được hiển thị trong câu hỏi 5-10, đánh giá tổng thể có nguy cơ sai lệch thấp. Nếu câu trả lời "Có" hiển thị từ 1-4, đánh giá tổng thể có nguy cơ sai lệch cao. Đối với nghiên cứu trường hợp, nếu câu trả lời "Có" được hiển thị trong câu hỏi 4-8, đánh giá tổng thể có nguy cơ sai lệch thấp. Nếu câu

trả lời "Có" hiển thị từ 1-3, đánh giá tổng thể có nguy cơ sai lệch cao

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tìm kiếm. Tổng hợp trong 2406 bài báo lọc tiêu đề và tóm tắt trên 3 trang cơ sở dữ liệu: PubMed (2168 bài), Cochrane Library (03 bài), và Researchgate Pubmed (235 bài), sau khi đã bị loại bỏ do trùng tài liệu, tiêu đề và tóm tắt cùng với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ thu được 118 bài báo được đưa vào sàng lọc toàn văn, tiếp tục lọc và nhập số liệu từng bài đã chọn theo chỉ số trích dẫn, đánh giá chất lượng bài báo. Số lượng bài báo còn lại là 40 bài báo có 123 trường hợp với 126 tổn thương.

2. Chất lượng và sai số của các nghiên cứu. Các nghiên cứu loạt trường hợp và trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi đều có nguy cơ sai số thấp và chất lượng thấp.

3. Mô tả kết quả điều trị của các phương pháp phẫu thuật u xơ xương hóa xương hàm

Bảng 1. Sự tái phát sau phẫu thuật u xơ xương hóa xương hàm

Phương pháp phẫu thuật	Triệt để	Bóc tách	Bóc tách kết hợp nạo	Nạo	Tổng số tổn thương
Số tổn thương	67	16	17	26	126
Tổn thương tái phát	06	01	0	03	10
Tỷ lệ tái phát (%)	9	6,3	0	11,5	7,9

Bảng 2. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật u xơ xương hóa xương hàm

	Triệt để	Bóc tách	Bóc tách kết hợp nạo	Nạo	Thời gian theo dõi
Thời gian theo dõi sau phẫu thuật (tháng)	31,87 (03- 192)	22,8 (03-72)	66,8 (02-180)	59,8 (03-240)	41,19
Thời gian theo dõi tổn thương tái phát (tháng)	32 (06-84)	12	N/A	112 (23-240)	54

Nhận xét: Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật triệt để là 9%, phẫu thuật bảo tồn là 6,8%, tỷ lệ này cao nhất ở phẫu thuật nạo chiếm 11,5%, trong khi phẫu thuật bóc tách kết hợp nạo không có tổn thương nào tái phát. Thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật dài nhất ở phẫu thuật nạo kết hợp bóc tách là 59,8 tháng và ngắn nhất ở phẫu thuật bóc tách là 22,8 tháng. Thời gian tái phát trung bình sau phẫu thuật dài nhất ở phẫu thuật nạo là 112 tháng và ngắn nhất ở phẫu thuật bóc tách là 12 tháng.

4. Nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị u xơ xương hóa xương hàm

Bảng 3. Lâm sàng các trường hợp u xơ xương hóa xương hàm

	Phương pháp phẫu thuật	Triệt để		Bóc tách kết hợp nạo	Nạo	Tổng số	Tái phát	
		Triệt để	Bóc tách				Số trường hợp	Tỷ lệ tái phát (%)
Độ tuổi	Từ 0 đến 12 tuổi	9	1	4	1	15	N/A	0
	Từ 13 đến 18 tuổi	5	1	3	3	12	2	16,7
	Từ 19 đến 59 tuổi	51	11	10	7	80	6	7,5
	≥ 60 tuổi	1	N/A	N/A	N/A	1	1	100
Giới	Nam	25	4	8	4	41	4	9,8
	Nữ	41	7	9	7	64	5	7,8
Vị trí tổn thương	Xương hàm dưới	43	9	11	10	73	6	8,2
	Xương hàm trên	24	4	6	1	35	3	8,6
Thời gian diễn biến	<12 tháng	3	N/A	2	1	7	1	14,3
	12- 60 tháng	11	2	2	N/A	15	1	6,7
	61-120 tháng	3	N/A	N/A	N/A	3	3	100
	>120 tháng	3	N/A	N/A	N/A	3	N/A	0

Nhận xét: Độ tuổi tái phát sau phẫu thuật 13 đến 18 tuổi chiếm 16,7%. Tái phát ở nam giới là 9,8% cao hơn nữ giới là 7,8%. Tái phát ở hàm trên là 8,6% cao hơn hàm dưới là 8,2% và thời gian diễn biến bệnh từ 61 đến 120 tháng cho tỷ lệ tái phát cao nhất 100%.

Bảng 3.8. Cận lâm sàng các trường hợp u xơ xương hóa xương hàm

		Phương pháp phẫu thuật				Tổng số	Tái phát	
		Triệt để	Bóc tách	Bóc tách kết hợp nạo	Nạo		Số trường hợp	Tỷ lệ tái phát (%)
Kích thước tổn thương	< 2 cm	2	1	2	N/A	5	N/A	0
	Từ 2 đến 4 cm	3	1	N/A	N/A	4	1	25
	> 4 cm	12	2	1	01	16	4	25
Đậm độ cản tia của u	Thấu quang	20	6	5	2	33	2	6,1
	Hỗn hợp	17	3	2	1	23	N/A	0
	Cản quang	15	N/A	N/A	N/A	15	3	20
Ranh giới tổn thương	Rõ ràng	34	9	3	3	49	5	10,2
	Không rõ ràng	7	N/A	1	N/A	8	5	62,5
Tình trạng xương vỏ	Bình thường	21	8	2	2	33	5	15,2
	Mở rộng	7	1	12	N/A	20	4	20

Nhận xét: Khối u có kích thước từ 2 đến 4 cm và > 4cm đều có tỷ lệ tái phát cao nhất là 25%. Khối u cản quang có tỷ lệ tái phát cao nhất là 20%. Khối u có ranh giới không rõ có tỷ lệ tái phát cao nhất là 62,5%. Tình trạng xương vỏ mở rộng có tỷ lệ tái phát cao nhất là 20%.

IV. BÀN LUẬN

Trong 40 nghiên cứu được lựa chọn, thiết kế nghiên cứu loạt trường hợp là 11 nghiên cứu và 29 nghiên cứu trường hợp, không có các loại thiết kế nghiên cứu khác. Tất cả các nghiên cứu này tuy có giá trị thấp về y học chứng cứ nhưng nhờ thiết kế nghiên cứu này mà lần đầu tiên Menzel mô tả bệnh u xơ xương hoá vào năm 1872 ở một phụ nữ 35 tuổi có khối u lớn ở hàm dưới. Về chất lượng nghiên cứu: Bởi vì tất cả các nghiên cứu bao gồm là trường hợp và loạt trường hợp nên tất cả các nghiên cứu đều có mức độ bằng chứng thấp dựa trên đánh giá mức độ bằng chứng của trung tâm y học bằng chứng, Đại học Oxford 2011. Về nguy cơ sai số, sau khi đánh giá nguy cơ sai lệch, chúng tôi nhận thấy có thể không có nghiên cứu nào có nguy cơ sai số cao.

Về kết quả của các phương pháp phẫu thuật: tái phát phẫu thuật triệt để là 9%, phẫu thuật bảo tồn là 6,8%. Trong nghiên cứu của Adham chỉ ra tỷ lệ tái phát khi phẫu thuật triệt để là 11,8% so với phẫu thuật bảo tồn là 19,7%. Nghiên cứu của MacDonald chỉ ra tỷ lệ tái phát chung là 12%.¹ Như vậy, tỷ lệ tái phát chung, tái phát sau phẫu thuật triệt để và phẫu thuật bảo tồn đều cao hơn nghiên cứu này.

Về thời gian theo dõi sau phẫu thuật: Tái phát sau phẫu thuật triệt để là 32 tháng và sau phẫu thuật bảo tồn là 87,6 tháng. Trong nghiên cứu tổng quan của Adham có tới 75% tái phát trong

12 tháng sau phẫu thuật và trong nghiên cứu của Tinichi có 5,6% trường hợp điều trị tái phát sau 72 tháng phẫu thuật nạo còn trong nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ này là 11,2%.^{3,4} Với thời gian theo dõi sau phẫu thuật thì nghiên cứu tổng quan của MacDonald (63,7 tháng) và nghiên cứu của Kaur (76,8 tháng) đều cao hơn nghiên cứu của chúng tôi (40,8 tháng).^{1,5} Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tái phát chung là 7,9% thấp hơn các nghiên cứu trong y văn nhưng thời gian theo dõi sau phẫu thuật lại ngắn hơn.

Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật ở nam là 9,8% cao hơn ở nữ là 7,8%. Về độ tuổi bệnh nhân: Tỷ lệ tái phát nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi ở độ tuổi từ 12 đến 18 tuổi là 16,7% nhưng trong nghiên cứu của Kaur thì không có trường hợp nào tái phát sau phẫu thuật.⁵ Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi ở hàm trên (8,6%) và hàm dưới (8,2%), như vậy tuy tỷ lệ mắc bệnh ở hàm dưới cao gấp từ 1,8 đến 3 lần hàm trên nhưng tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật ở hàm trên lại cao hơn hàm dưới là do phẫu thuật ở hàm trên khó khăn và khối u có kích thước lớn hơn hàm dưới. Khối u có thời gian diễn biến từ 61 đến 120 tháng có tỷ lệ tái phát cao nhất.

Khối u có kích thước từ 2 đến 4cm và trên 4cm có tỷ lệ tái phát cao nhất đều là 25%. Trong nghiên cứu của Liu thì kích thước của khối u > 4cm chiếm tỷ lệ tái phát nhiều nhất là 20%.² Điều này theo chúng tôi là do những khối u có kích thước lớn thì sẽ can thiệp lấy bỏ khó khăn, khả năng khối u còn sót lại cao hơn. Khối u cản quang có tỷ lệ tái phát cao nhất trong nghiên cứu này là 20% phù hợp với nghiên cứu của Liu là 27%.² Tái phát thấp nhất ở khối u có ranh giới rõ ràng với tỷ lệ là 10,2% còn trong nghiên cứu

của Liu với tỷ lệ này là 26%.⁷ Sự tái phát của những tổn thương này có liên quan đến việc cắt bỏ không hoàn toàn do tính chất thâm nhiễm của ranh giới khối u.⁶ Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật đối với khối u làm xương mở rộng trong nghiên cứu này là 20% so với không làm mở rộng xương là 15,2% còn trong nghiên cứu của Liu với tỷ lệ này lần lượt là 60% và 40% cao hơn tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi.² Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật đối với khối u làm xương mở rộng hơn khối u làm xương mở rộng theo chúng tôi có thể là do khối u làm xương mở rộng có kích thước lớn hơn, khối u phát triển xâm lấn vào nhiều vùng trong xương gây khó khăn cho việc can thiệp và lấy bỏ hết khối u.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật bảo tồn bao gồm phẫu thuật bóc tách, phẫu thuật kết hợp bóc tách và nạo nên được ưu tiên áp dụng nhiều hơn trong điều trị vì vết thương có thể được gần như được đóng kín lại hoặc để hở để lành thương thứ phát. Mặt khác, việc phẫu thuật lại rất dễ gây suy nhược cho bệnh nhân vì một phần của hàm bị cắt bỏ làm thay đổi khớp cắn, biến dạng thẩm mỹ và mất chức năng. Bệnh nhân thường được chỉ định ghép xương ở khu vực sau khi cắt bỏ, nghĩa là phải phẫu thuật tiếp theo và chi phí cao hơn. Để tăng khả năng thành công sau khi phẫu thuật

cần phải lưu ý đến các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật, phục vụ cho việc tư vấn, tiên lượng và chỉ định loại phẫu thuật phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mac Donald Jankowski DS.** Ossifying fibroma: a systematic review. *Dentomaxillofac Radiol.* 2009; 38:495-513.
2. **Liu Y, Wang H, You M, Yang Z, Miao J, Shimizutani K, et al.** Ossifying fibromas of the jaw bone: 20 cases. *Dentomaxillofac Radiol.* 2010;39:57-63
3. **Marlinda Adham,** Comparison radical surgery versus conservative surgery to decrease post-operative recurrence in ossifying fibroma: systematic review. *J Oral Med Oral Surg* 2020;26:44
4. **Titinchi.** Ossifying Fibroma: Analysis of Treatment Methods and Recurrence Patterns. *J Oral Maxillofac Surg.* 2016;74(12):2409-2419
5. **Tejinder Kaur.** Cemento-Ossifying Fibroma in Maxillofacial Region: A Series of 16 Cases. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery.* 2021 Jun;20(2):240-245
6. **Suarez-Soto A, Hermosa M, Minguez-Martinez I, Floria-Garcia L, Barea-Gámiz J, Delhom-Valero J, et al.** Management of fibro-osseous lesions of the craniofacial area presentation of 10 cases and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2013;18:479-85.
7. **Ying Liu.** Clinicopathological Characteristics and Prognosis of Ossifying Fibroma in the Jaws of Children: A Retrospective Study. *J Cancer.* 2017; 8(17): 3592-3597.

THỰC TRẠNG STRESS CỦA HỌC SINH LỚP 12 TRƯỜNG ĐÌNH TIÊN HOÀNG TỈNH ĐỒNG NAI NĂM 2022

Phan Thanh Hải¹, Phan Phương Thảo², Phạm Thị Ngọc Nga¹, Trần Việt An¹,
Nguyễn Hồng Hà¹, Lê Minh Hải³, Dương Ngọc Thanh Trúc³, Nguyễn Hữu Chương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Stress là những vấn đề sức khỏe tâm thần thường gặp trong cuộc sống. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang được thực hiện từ tháng 03/2022 đến tháng 04/2022 trên 260 học sinh lớp 12 đang học trường trung học phổ thông (THPT) Đình Tiên Hoàng, tỉnh Đồng Nai. **Kết quả:** trong 260 học sinh tham gia nghiên cứu, có 57,7% học sinh là nữ, số lượng học là ban cán sự lớp ít (11,2%). Học sinh loại khá, giỏi chiếm tỷ lệ cao hơn

các nhóm khác lần lượt là 59,65% và 37,7%. Nhóm học sinh không học thêm chiếm 58,8%. 56,2% đối tượng có 2 anh/chị em trong gia đình; hoàn cảnh kinh tế mức trung bình đạt 78,8%; 52,7% học sinh có hoàn cảnh cuộc sống bình thường, chỉ có 0,4% học sinh sống trong gia đình có bạo lực, 16,2% học sinh sống trong gia đình có cãi vã; 58,1% học sinh thường xuyên tham gia giúp đỡ gia đình công việc nhà. Tỷ lệ stress chung là 50,4%; theo các mức độ, tỷ lệ stress mức nhẹ là 15%; vừa là 20,4%; nặng là 13,5% và rất nặng thấp nhất (1,5%). Trong các đặc điểm của học sinh trong nghiên cứu, chỉ có hoàn cảnh cuộc sống gia đình là có liên quan mang ý nghĩa thống kê với tỷ lệ stress ($p=0,004$). **Kết luận:** tỷ lệ rối loạn stress của học sinh trường THPT Đình Tiên Hoàng khá cao. Cần có các giải pháp phối hợp từ phía từ học sinh, gia đình đến nhà trường để hỗ trợ các học sinh có sức khỏe tinh thần tốt nhất trước kỳ thi tốt nghiệp năm 2022.

Từ khóa: stress, học sinh, DASS-21.

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trung tâm Y tế huyện Vĩnh Cửu, tỉnh Đồng Nai

³Ban an toàn vệ sinh thực phẩm Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Chương

Email: nhchuong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 16.8.2022

Ngày duyệt bài: 23.8.2022