

nhất là 6 ngày và nhiều nhất là 37 ngày.

Theo khuyến cáo của hội ung thư lâm sàng Mỹ, bệnh nhân sau mổ UTTT được tái khám theo dõi cứ 3 tháng trong 18 tháng đầu, sau đó cứ mỗi 6 tháng hoặc 12 tháng 1 lần. Mục đích theo dõi nhằm phát hiện sớm tái phát, và đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi nghiên cứu trên 94 bệnh nhân được mổ nội soi từ 2016- 2018 tại bệnh viện Thanh Nhàn, có 85 bệnh nhân có thông tin khám lại sau mổ, hầu hết các bệnh nhân đều phục hồi sức khỏe chung và chất lượng cuộc sống được cải thiện sau 6 tháng sau mổ. Thời gian sống thêm sau mổ của nhóm nghiên cứu ở 85 bệnh nhân trung bình là 43,73 ± 2,09 tháng, thời gian theo dõi dài nhất là 55 tháng. Tỷ lệ sống sau 1 năm là 99,8%, tỷ lệ sống sau 3 năm là 70,7%, tỷ lệ sống sau 50 tháng là 39,1%. Kết quả này là tương đương với các báo cáo gần đây trong và ngoài nước.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô trực tràng tại bệnh viện Thanh Nhàn là phẫu thuật an toàn, tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp, phục hồi sức khỏe tốt sau phẫu thuật, đáp ứng tiêu chí về mặt ung thư học.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kong, M., et al.**, Comparison of Survival Among Adults With Rectal Cancer Who Have Undergone Laparoscopic vs Open Surgery: A Meta-analysis. *JAMA Netw Open*, 2022. 5(5): p. e2210861.
2. **Zhu, Y., et al.**, Comparison of natural orifice specimen extraction surgery and conventional

laparoscopic-assisted resection in the treatment effects of low rectal cancer. *Sci Rep*, 2021. 11(1): p. 9338.

3. **Thien HH, Hiep PN, Thanh PH, et al.** Transanal total mesorectal excision for locally advanced middle-low rectal cancers. *BJS open*. Apr 2020;4(2):268-273. doi:10.1002/bjs5.50234
4. **Hida, K., et al.**, Open versus Laparoscopic Surgery for Advanced Low Rectal Cancer: A Large, Multicenter, Propensity Score Matched Cohort Study in Japan. *Ann Surg*, 2018. 268(2): p. 318-324.
5. **Kim, G. and K.Y. Lee**, Single-incision versus conventional laparoscopic surgery for rectal cancer: a meta-analysis of clinical and pathological outcomes. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*, 2022. 17(3): p. 387-405.
6. **Ryu, H.S. and J. Kim**, Current status and role of robotic approach in patients with low-lying rectal cancer. *Ann Surg Treat Res*, 2022. 103(1): p. 1-11.
7. **Madbouly KM, Abbas KS, Hussein AM.** Metastatic lymph node ratio in stage III rectal carcinoma is a valuable prognostic factor even with less than 12 lymph nodes retrieved: a prospective study. *American journal of surgery*. Jun 2014;207(6):824-31. doi:10.1016/j.amjsurg.2013.07.022
8. **Weiser MR.** AJCC 8th Edition: Colorectal Cancer. *Annals of surgical oncology*. Jun 2018;25(6):1454-1455. doi:10.1245/s10434-018-6462-1
9. **Turneau-Hermansson K, Svensson Neufert R, Buchwald P, Jorgren F.** Rectal washout does not increase the complication risk after anterior resection for rectal cancer. *World journal of surgical oncology*. Mar 19 2021;19(1):82. doi:10.1186/s12957-021-02193-7
10. **Liu C, Li X, Wang Q.** Postoperative complications observed with robotic versus laparoscopic surgery for the treatment of rectal cancer: An updated meta-analysis of recently published studies. *Medicine*. Sep 10 2021;100(36):e27158. doi:10.1097/MD.00000000000027158

## ĐẶC ĐIỂM GÃY XƯƠNG HÀM DƯỚI DO TAI NẠN GIAO THÔNG

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính chùm tia hình nón gãy xương hàm dưới do tai nạn giao thông và đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình thái đường gãy. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 76 bệnh nhân chấn thương gãy xương hàm dưới do tai nạn giao thông nhập viện điều trị nội trú được chẩn đoán trên X quang thường quy và cắt lớp vi tính chùm

### Nguyễn Hồng Lợi<sup>1</sup>, Hoàng Lê Trọng Châu<sup>1</sup>

tia hình nón tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 11/2021 đến tháng 01/2023. **Kết quả:** Chủ yếu là nam giới (89,5%), độ tuổi 19-39 (52,9%), nguyên nhân hay gặp là tai nạn xe máy (90,8%) nông dân chiếm đa số (43,4%). Tỷ lệ các loại phim sử dụng để chẩn đoán gồm phim cắt lớp chùm tia hình nón, panoramo (100%), mặt thẳng (57,9%), hàm chéch (19,74%). Giá trị chẩn đoán đúng của phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón là 100%, nhóm phim X quang thường quy là 77,6%. Vị trí hay gặp nhất trong gãy xương hàm dưới là vùng cằm (45,0%), gãy hai đường chiếm tỷ lệ cao nhất (44,7%), gãy không đối xứng là chủ yếu (85,3%), vị trí phối hợp hay gặp trong gãy 2 đường là vùng cằm-lõm cầu và cằm-góc hàm (32,4%). Không có mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình thái đường gãy. **Kết luận:** Vị trí hay gặp nhất trong gãy xương hàm dưới là vùng cằm, gãy 2 đường là chủ yếu, chẩn đoán dựa vào lâm sàng và chẩn đoán

<sup>1</sup>Trung tâm Răng hàm mặt, Bệnh viện Trung ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Lợi

Email: drloivietnam@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023

hình ảnh. Phim thường được sử dụng và có giá trị cao trong chẩn đoán là phim Panorama và cắt lớp vi tính chùm tia hình nón.

**Từ khóa:** gãy xương hàm dưới, X quang, cắt lớp vi tính chùm tia hình nón.

## SUMMARY

### CHARACTERISTICS OF MANDIBULAR FRACTURES DUE TO TRAFFIC ACCIDENTS

**Objectives:** This is a descriptive cross-sectional study, which aims to describe the characteristics of cone-beam computed tomography of mandibular fractures due to traffic accidents and evaluate the relationship between clinical features and fracture morphology. **Methods:** A cross-sectional descriptive study on 76 trauma patients with mandibular fractures due to traffic accidents hospitalized for inpatient treatment diagnosed on routine radiographs and cone-beam computed tomography at Hue Central Hospital from November 2021 to January 2023. **Results:** Among 76 patients with mandibular fractures, the highest percentage was found in 19-39 years of age (52,9%) with male predominance (89,5%). Motorbike traffic accidents were the most common cause of mandibular fracture (90,8%). The majority of patients are farmer and fishermen (43,4%). The ratio of film used for diagnosis include Conebeam CT, Panorama (100%); Waters view (57,9%); Lateral view (19,74%). The diagnosis value of CTscan and conventional X-ray in patients with mandibular fractures are 100% and 77,6%, retrospectively. The most common site of mandibular fracture is the chin (45%), followed by the fracture with two lines accounted for 44,7%, asymmetry fracture is mainly (85,3%), the coordinate position of two lines fracture are condylar process and coronoid process (32,4%). No correlations were found between clinical characteristics and morphology fracture. **Results:** The most common site of mandibular fracture is the chin, the highest percentage of mandibular fracture is for the two fracture lines. The diagnosis is based on clinical characteristics and imaging. X-rays have valuable in diagnosing are Panorama film and Cone beam CT.

**Keywords:** mandibular fractures, X-ray, Conebeam computed tomography.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương hàm mặt là một cấp cứu hay gặp trong cuộc sống hàng ngày, gia tăng đáng kể trong những năm gần đây. Ở Việt Nam theo thống kê tại Viện Răng hàm mặt Hà nội trong những năm 2001-2002 tỷ lệ gãy xương hàm dưới chiếm 54,4% [1]. Theo Brent B Pickrell, Arman T Serebrakian và Renata S Maricevich (2017), gãy xương hàm dưới liên quan đến 70% trong gãy xương hàm mặt [2].

Xương hàm dưới là một xương lẻ, đối xứng, tạo nên tầng mặt dưới, có nhiều điểm nhô nên rất dễ gãy. Chấn thương gãy xương hàm dưới ngày càng đa dạng và phức tạp nên việc thăm khám phải tỉ mỉ và toàn diện để phát hiện các

triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng nhằm lựa chọn phương pháp điều trị tốt nhất. Để đánh giá gãy xương hàm dưới hiện nay chúng ta có nhiều kỹ thuật Xquang chẩn đoán như phim Panorama, mặt thẳng, hàm chếch, cắt lớp vi tính chùm tia hình nón. Vì đặc điểm giải phẫu của xương hàm dưới có hình móng ngựa nên một phim không thể thấy đầy đủ các chi tiết trên một loại phim thông thường. Mặt khác việc chẩn đoán ở các cơ sở tuyến dưới còn nhiều khó khăn do thiếu trang thiết bị máy móc, gây khó khăn cho chẩn đoán. Vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này nhằm hai mục tiêu: *Mô tả đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính chùm tia hình nón gãy xương hàm dưới và khảo sát mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình thái gãy xương hàm dưới do tai nạn giao thông, định hướng kỹ thuật hình ảnh phù hợp.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 76 bệnh nhân chấn thương gãy xương hàm dưới (XHD) do tai nạn giao thông nhập viện điều trị nội trú được chẩn đoán trên X quang thường quy và phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón (CBCT) tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 11/2021 đến tháng 01/2023.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** có chấn thương xương hàm dưới do tai nạn giao thông và có hình ảnh tổn thương hàm dưới trên phim X quang thường quy và phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** chấn thương xương hàm dưới đã được can thiệp phẫu thuật, những bệnh nhân có bệnh lý về xương.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Các bước tiến hành nghiên cứu gồm thu thập các thông tin chung, trực tiếp khám lâm sàng, chụp phim X quang và tùy theo tình trạng tổn thương mà chúng tôi cho chụp các loại phim sau đây: mặt thẳng, Panorama, hàm chếch, CBCT.

**Xử lý số liệu:** bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài này được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Trung ương Huế.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung.** Gãy xương hàm dưới do tai nạn giao thông chủ yếu ở nam giới (89,5%), nữ giới (10,5%). Tỷ lệ Nam/Nữ = 8,5/1. Nhóm tuổi 19-39 có 48 bệnh chiếm tỷ lệ chiếm cao nhất là 59,2%, do lứa tuổi này hay tham gia

các hoạt động xã hội nhiều nhất, thường xuyên tham gia giao thông, là lứa lao động chính và cũng là lứa tuổi năng động nên tỷ lệ gãy XHD cao.

Nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất 43,4%. Do lượng xe máy giá rẻ càng tăng nhanh, phù hợp với thu nhập các tầng lớp, bên cạnh đó người dân sử dụng xe máy nhưng chưa hiểu biết và chấp hành luật lệ giao thông còn kém nên dẫn đến tai nạn giao thông.

**3.2. Đặc điểm X quang gãy xương hàm dưới**

**Bảng 1: Phân bố bệnh theo loại phim X quang được sử dụng**

Loại phim X quang	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
CBCT	76	100
panorama	76	100
Mặt thẳng	43	56,6
Hàm chếch	15	19,8

Tỷ lệ phim cắt lớp chòm tia hình nón panorama được sử dụng nhiều nhất là 100%, mặt thẳng chiếm 56,6%, hàm chếch chiếm tỷ lệ 19,8%.

**Bảng 2: Tỷ lệ phát hiện đường gãy theo vị trí XHD của phim Panorama**

Vị trí gãy	Thấy đường gãy (SL/%)	Nghi ngờ (SL/%)
Gãy vùng cằm	58 (92,1)	5 (7,9)
Gãy vùng cạnh ngang	10 (90,9)	1 (9,1)
Gãy vùng góc hàm	19 (90,5)	2 (9,5)
Gãy lõm cầu	32 (80,0)	8 (20,0)
Gãy xương ổ răng	3 (100)	0
Gãy vùng cạnh cao	1 (100)	0
Gãy móm vệt	1 (100)	0

Tỷ lệ phim Panorama phát hiện được đường gãy ở vùng cằm 92,1%, vùng cạnh ngang 90,9%, góc hàm 90,5%, lõm cầu 80,0%, xương ổ răng, cạnh cao, móm vệt là 100%.

**Bảng 3: Tỷ lệ phát hiện đường gãy theo vị trí XHD của phim mặt thẳng**

Vị trí gãy	Thấy đường gãy (SL/%)	Nghi ngờ (SL/%)
Gãy vùng cằm	34 (89,5)	4 (10,5)
Gãy vùng cạnh ngang	6 (100)	0
Gãy vùng góc hàm	6 (85,7)	1 (14,3)
Gãy lõm cầu	2 (6,3)	30 (93,7)
Gãy vùng cạnh cao	0	1 (100)
Gãy xương ổ răng	3 (100)	0
Gãy móm vệt	0	1 (100)

**Bảng 8: Phân bố vị trí trong gãy 2 đường**

Vị trí gãy	Cằm (%)	Cạnh ngang (%)	Lõm cầu (%)	Góc hàm (%)	Cạnh cao (%)	Xương ổ răng (%)
Cằm	2 (5,9)	1 (2,9)	11 (32,4)	11 (32,4)	1 (2,9)	
Cạnh ngang		1 (2,9)	3 (8,8)	2 (5,9)		
Lõm cầu			1 (2,9)	1 (2,9)		

Tỷ lệ mặt thẳng phát hiện đường gãy vùng cằm chiếm 89,5%, góc hàm 85,7%, lõm cầu 6,3%, các vị trí cạnh ngang, xương ổ răng, móm vệt chiếm 100%.

**Bảng 4: Tỷ lệ phát hiện đường gãy theo vị trí XHD của phim hàm chếch**

Vị trí gãy	Thấy đường gãy (SL/%)	Nghi ngờ (SL/%)
Gãy vùng cằm	8 (72,7)	3 (27,3)
Gãy vùng cạnh ngang	4 (80,0)	1 (20,0)
Gãy vùng góc hàm	4 (100)	0
Gãy lõm cầu	0	8 (100)

Tỷ lệ phát hiện đường gãy của phim hàm chếch ở vùng cằm là 72,7%, cạnh ngang 80,0%, góc hàm 100%.

**Bảng 5: Tỷ lệ phát hiện đường gãy của nhóm phim X quang thường quy và CBCT**

Loại phim X quang	Thấy đường gãy (SL/%)	Nghi ngờ (SL/%)
Phối hợp phim X quang thường quy	126 (90,0)	14 (10,0)
CBCT	140 (100)	0

Tỷ lệ phát hiện đường gãy của phim CLVT chiếm tỷ lệ cao nhất (100%).

**Bảng 6: Phân bố theo số lượng đường gãy**

Số lượng đường gãy	Số lượng BN	Tỷ lệ %	p < 0,05
1 đường gãy	27	35,5	
2 đường gãy	34	44,7	
3 đường	12	15,8	
>3 đường + gãy nát	3	4,0	
<b>Tổng cộng</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	

Gãy hai đường trong gãy xương hàm dưới chiếm tỷ lệ cao nhất (44,7%).

**Bảng 7: Phân bố vị trí gãy XHD theo vị trí giải phẫu**

Vị trí giải phẫu	Số lượng	Tỷ lệ %
Gãy vùng cằm	63	45,0
Gãy vùng cạnh ngang	11	7,9
Gãy vùng góc hàm	21	15,0
Gãy lõm cầu	40	28,6
Gãy vùng cạnh cao	1	0,7
Gãy móm vệt	1	0,7
Gãy xương ổ răng	3	2,1
<b>Tổng cộng</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

Trong gãy XHD, ta thấy tỷ lệ gãy ở vị trí vùng cằm cao nhất (45,0%), tiếp đến là vùng lõm cầu (28,6), góc hàm (15,0), cạnh ngang (7,9%).

Vùng cằm phối hợp với lồng cầu thường hay gặp với 11 bệnh nhân chiếm 32,4%, chứng tỏ có mối quan hệ giữa vùng cằm và lồng cầu.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm gãy xương hàm dưới.

Vương Ngọc Thanh (2005) nhận xét tỷ lệ phát hiện thấy đường gãy XHD của phim Panorama là 94,15% [3], Hoàng Lê Trọng Châu (2010) trong nghiên cứu về gãy vùng cằm cho thấy tỷ lệ này là 95,5% [4]. Phim Panorama có thể cho thấy toàn bộ cấu trúc răng, XHD và phát hiện hầu hết các đường gãy XHD chỉ trên một phim với tỷ lệ chính xác khá cao. Sergio Olate (2013) cho rằng phim Panorama là sự lựa chọn đơn giản và tốt nhất cho các đường gãy của XHD [5]. Ngoài ra nhiều tác giả đã sử dụng phim Panorama để đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy XHD và kết luận phim Panorama đánh giá kết quả rất tốt [5,6].

Theo Khaled Sakr và cộng sự (2006) cho rằng phim mặt thẳng phát hiện được các đường gãy vùng góc hàm và thân XHD [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ phát hiện đường gãy vùng lồng cầu của phim mặt thẳng khá thấp, điều này có thể giải thích là do phụ thuộc vào kiểu gãy, loại gãy như chỏm lồng cầu có kích thước nhỏ lại bị che chắn bởi cơ, bao khớp, chõng xương nên không nhìn thấy được đường gãy.

Phim hàm chếch ít được sử dụng hơn các loại phim X quang thường quy khác vì chỉ chụp được từng bên một, và đòi hỏi chụp nhiều phim mới có thể phát hiện được tất cả các đường gãy, trong khi phim Panorama có thể phát hiện được hầu hết các đường gãy chỉ ở trên một phim. Phim hàm chếch thường được sử dụng chụp ở tuyến dưới, những nơi chưa chụp được phim Panorama. Theo Khaled Sakr và cộng sự (2006) thì phim hàm chếch đánh giá tốt đường gãy vùng cạnh ngang, góc hàm và cạnh lên [7].

Theo nghiên cứu của tác giả Lê Hồng Liên (2001) thì tỷ lệ gãy 1 đường chiếm cao nhất với 60,0% [8]. Tác giả Vương Ngọc Thanh (2005) tỷ lệ gãy 1 đường chiếm 52,27% [3]. So sánh với các tác giả trên, chúng tôi thấy kết quả của các tác giả thì gãy 1 đường chiếm tỷ lệ cao nhất tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ gãy 2 đường chiếm tỷ lệ cao hơn. Điều này có thể giải thích mức độ chấn thương có xu hướng ngày một nặng hơn với tỷ lệ bệnh nhân đa chấn thương, gãy nhiều xương vùng hàm mặt ngày một nặng hơn do việc gia tăng nhanh về số lượng và tốc độ của các phương tiện giao thông.

Kết quả chúng tôi cho thấy vùng cằm phối hợp với lồng cầu thường hay gặp với 11 bệnh nhân

chiếm 32,4%, chứng tỏ có mối quan hệ giữa vùng cằm và lồng cầu. Kết quả này phù hợp với đặc điểm giải phẫu của XHD cũng như lồng cầu XHD. Xương hàm dưới là một xương khỏe nhưng có một số vùng yếu, và một số trong đó là cổ lồng cầu. Mặc dù lồng cầu XHD được bảo vệ tốt khỏi chấn thương trực tiếp do nằm ở phía sau và được che một phần bởi xương gò má và các cơ cắn, nhưng lại dễ bị tổn thương bởi chấn thương gián tiếp. Nguyên nhân chấn thương hàm mặt chủ yếu là tai nạn giao thông, trong đó chủ yếu là tai nạn xe máy. Điều này cũng giải thích phần nào cơ chế gãy lồng cầu XHD, khi người bị tai nạn ngã về phía trước và xuống dưới, vùng cằm bị đập mạnh và truyền lực lên trên vùng lồng cầu gây ra gãy lồng cầu XHD.

**4.2. Định hướng kỹ thuật hình ảnh phù hợp cho bệnh nhân gãy xương hàm dưới do tai nạn giao thông.** Qua các kết quả nghiên cứu ở trên chúng tôi có một số định hướng kỹ thuật hình ảnh phù hợp cho bệnh nhân gãy xương hàm dưới do tai nạn giao thông, tùy vào tình trạng tổn thương của từng bệnh nhân vào nhập viện chúng ta có các chỉ định X quang như sau:

Khi tiếp nhận một bệnh nhân có nghi ngờ gãy XHD, sau khi hỏi bệnh và khám lâm sàng nếu bệnh nhân có nghi ngờ chấn thương xương sọ hoặc xương vùng mặt kèm theo thì nên chỉ định chụp phim mặt thẳng để phát hiện các tổn thương. Trên phim mặt thẳng chúng ta có thể thăm khám tốt các thành phần như xương hàm dưới, xương vòm sọ, xương trán, xoang trán, xoang hàm trên, hốc mắt, hốc mũi hai bên. Ngoài ra ở vị trí vùng cằm do trùng với cột sống cổ nên một vài trường hợp khó xác định đường gãy trên phim mặt thẳng như lồng cầu, cạnh cao..., có thể chỉ định chụp thêm phim Panorama hoặc hàm chếch. Nếu vẫn còn nghi ngờ thì chỉ định chụp cắt lớp vi tính chùm tia hình nón để chẩn đoán.

Nếu sau khi thăm khám lâm sàng, chúng ta loại trừ được các chấn thương ở vùng xương sọ hay các xương vùng mặt khác, chỉ nghi ngờ gãy XHD thì đầu tiên sẽ chỉ định chụp phim Panorama, bởi vì nó có ưu điểm có thể cho thấy rõ toàn bộ cấu trúc răng, XHD với tỷ lệ chính xác khá cao. Những trường hợp nào có nghi ngờ gãy mà chưa xác định được đường gãy thì có thể chụp bổ sung các phim mặt thẳng hoặc phim hàm chếch. Nếu vẫn còn nghi ngờ thì chỉ định chụp CBCT để chẩn đoán.

Nếu bệnh nhân vào vào viện trong tình trạng chấn thương nặng nề, có tổn thương chấn thương sọ não kèm theo, không tỉnh táo, chấn

thương cột sống cổ, chấn thương chi hoặc không đứng được... không thể chụp được phim thường quy thì cần chỉ định chụp phim CLVT. Phim CLVT còn được chỉ định cho những trường hợp mà lâm sàng có nghi ngờ gãy nhưng phim X quang thường quy chưa phát hiện đường gãy, hoặc ở những vùng chông ảnh như cột sống cổ, lồng cầu...

Hiện nay tại Bệnh viện Trung ương Huế, khi bệnh nhân chấn thương do tai nạn giao thông vào nhập viện nếu có nghi ngờ chấn thương sọ mặt thì sẽ được chỉ định chụp CBCT để đánh giá toàn bộ hệ thống các xương vùng mặt nhằm tránh bỏ sót các vị trí đường gãy XHD cũng như các hệ thống xương khác của vùng mặt.

## V. KẾT LUẬN

Vị trí hay gặp nhất trong gãy xương hàm dưới là vùng cằm, gãy 2 đường là chủ yếu, chẩn đoán dựa vào lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh. Phim thường được sử dụng và có giá trị cao trong chẩn đoán là phim Panorama và cắt lớp vi tính chùm tia hình nón.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hán LV**, Nhận xét chấn thương xương hàm dưới do tai nạn giao thông. 2004, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Pickrell BB, Serebrakian AT, Maricevich RS (2017)** Mandible Fractures. Semin Plast Surg 31:100-107.
3. **Thanh VN**, Nhận xét đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bằng phẫu thuật gãy xương hàm dưới phức hợp nhiều đường tại Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội. 2005, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Châu HLT**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang và kết quả phẫu thuật gãy phức tạp thân xương hàm dưới bằng kẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Trung ương Huế. 2010, Trường Đại học Y Dược Huế.
5. **Olate S, de Assis AF, Pozzer L, et al. (2013)** Pattern and treatment of mandible body fracture. Int J Burns Trauma 3:164-8.
6. **Stanford-Moore G, Murr AH (2022)** Mandibular Angle Fractures. Facial Plast Surg Clin North Am 30:109-116.
7. **Sakr K, Farag IA, Zeitoun IM (2006)** Review of 509 mandibular fractures treated at the University Hospital, Alexandria, Egypt. Br J Oral Maxillofac Surg 44:107-11.
8. **Liên LH**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang và điều trị gãy xương hàm dưới do chấn thương tại Bệnh viện Trung ương Huế. 2001, Trường Đại học Y Khoa Huế.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI MỘC LỆCH NGÂM

Hà Ngọc Chiếu<sup>1</sup>, Nguyễn Đình Phúc<sup>2</sup>,  
Nguyễn Mạnh Cường<sup>3</sup>, Nguyễn Thị Phương Thảo<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

Nhổ răng khôn phẫu thuật là một thủ thuật xâm lấn, dù ít hay nhiều cũng sẽ có những tai biến trước, trong và sau nhổ răng. Để có thể phòng tránh các tai biến như vậy, phẫu thuật viên cần phải có cái nhìn tổng quát về sự phân bố tổn thương bệnh lý và kế hoạch điều trị hợp lý. Mục tiêu của nghiên cứu này là mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của răng khôn hàm dưới lệch ngâm theo phân loại Parant II – III. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 64 răng của 48 bệnh nhân từ tháng 02 năm 2021 đến tháng 7 năm 2022 tại Trung tâm kỹ thuật cao Khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt (nhà A7) – Trường Đại học Y Hà Nội. Kết quả: Chủ yếu răng khôn mọc lệch gần chiếm 76,6%; Khoảng cách giữa phía xa răng 7 đến bờ trước cành lên lớn hơn hoặc bằng kích thước

gần xa thân răng 8 chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 70,3%; Đa số răng chưa có biến chứng khi bệnh nhân đến thăm khám và điều trị.

**Từ khóa:** Răng khôn hàm dưới, Parant II-III

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF IMPACTED LOWER WISDOM TEETH WITH MESIAL ANGULATION

The surgical extraction of wisdom teeth is an invasive procedure that carries potential complications before, during, and after the extraction. To minimize these risks, it is essential for the surgeon to have a comprehensive understanding of the pathological features of the impacted teeth, as well as a reasonable treatment plan. The present study aimed to provide a detailed description of the clinical and radiographic characteristics of impacted mandibular third molars with mesial angulation, based on the Parant II-III classification. A descriptive cross-sectional study was conducted on 64 teeth extracted from 48 patients at the High-tech Dental Center (A7 building) of Hanoi Medical University between February 2021 and July 2022. **Result:** The majority of impacted teeth exhibited mesial angulation, with a prevalence rate of 76.6%. The distance between the distal aspect of Tooth 7 and the anterior border of the ascending ramus was greater

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam Cuba

<sup>3</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y Dược Đà Nẵng

<sup>4</sup>Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Ngọc Chiếu

Email: ngocchieu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023