

- tubercular spine infections. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*, 2018. 11: p. 643-652.
3. **Issa, K., et al.**, The epidemiology of vertebral osteomyelitis in the United States from 1998 to 2013. *Clinical Spine Surgery*, 2018. 31(2): p. E102-E108.
  4. **Yu, D., S.W. Kim, and I. Jeon**, Antimicrobial therapy and assessing therapeutic response in culture-negative pyogenic vertebral osteomyelitis: A retrospective comparative study with culture-positive pyogenic vertebral osteomyelitis. *BMC Infectious Diseases*, 2020. 20: p. 1-8.
  5. **Kim, J., et al.**, Outcome of culture-negative pyogenic vertebral osteomyelitis: comparison with microbiologically confirmed pyogenic vertebral osteomyelitis. in *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 2014. Elsevier.
  6. **Gil, J.J.F., et al.**, Vertebral osteomyelitis: Clinical, microbiological and radiological characteristics of 116 patients. *Medicina Clínica*, 2020. 155(8): p. 335-339.
  7. **Mendez, G., et al.**, Acute vertebral osteomyelitis a descriptive study of a series of 40 cases in a tertiary care hospital. *International Journal of Infectious Diseases*, 2018. 73: p. 150.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, PHIM CẮT LỚP VI TÍNH CỦA BỆNH NHÂN GỠ XƯƠNG HÀM DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC 2018-2023

Nguyễn Quốc Trung<sup>1</sup>, Nguyễn Hồng Hà<sup>2</sup>, Đặng Triệu Hùng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, phim cắt lớp vi tính (CLVT) của bệnh nhân gãy xương hàm dưới tại khoa phẫu thuật Hàm mặt-Tạo hình- Thẩm mỹ bệnh viện hữu nghị Việt Đức năm 2018-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên các bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị gãy xương hàm dưới tại khoa phẫu thuật Hàm mặt-Tạo hình-Thẩm mỹ bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ 1/2018-1/2023. Tiến hành thu thập đầy đủ hồ sơ bệnh nhân gãy xương hàm dưới và phim CLVT, phân loại gãy xương hàm dưới theo vị trí giải phẫu, số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS. **Kết quả:** Tổng số 505 bệnh nhân được lựa chọn, độ tuổi từ 18-73, tuổi trung bình là 31,83, tỉ lệ nam/nữ là 5,82; nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông chiếm 92,48%. Đặc điểm lâm sàng ở những bệnh nhân này phát hiện dấu hiệu bầm tím sưng nề tổ chức phần mềm chiếm 97,62%, đau chói 98,61%, di lệch xương-cung răng chiếm 97,23%, sai khớp cắn chiếm 90,5%, há miệng hạn chế 75,84%. Phân loại gãy xương hàm dưới theo vị trí giải phẫu thông dụng nhận thấy có 66,14% bệnh nhân có gãy vùng cằm, cạnh ngang và lồi cầu khoảng hơn 25%, mỏm vẹt là 0,99%, trên cùng một bệnh nhân có thể gãy ở một vị trí hoặc nhiều vị trí của xương hàm dưới. Các tổn thương vùng hàm mặt phối hợp phân bố như sau: bệnh nhân có kèm gãy xương hàm trên 49,11%, gò má cung tiếp 31,29%, ngoài ra còn kèm theo tổn thương khác hiếm gặp như chấn thương mắt 2,18%, tổn thương thần kinh VII 0,4%. Các chấn thương các cơ quan khác cũng được quan tâm với chấn thương sọ não chiếm 30,3%, chấn thương chi thể 14,65%, chấn thương ngực, bụng, cột

sống được ghi nhận nhưng ít gặp hơn đáng kể. **Kết luận:** Gãy xương hàm dưới gặp ở nam là chủ yếu tuổi từ 18 đến 73, nguyên nhân phổ biến nhất là tai nạn giao thông chiếm đến 92,48%. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân không hoàn toàn đồng nhất tuy nhiên được chẩn đoán đầy đủ qua phim CLVT. Các chấn thương phối hợp vùng hàm mặt gặp ở những bệnh nhân này có thể là gãy xương hàm trên (49,11%), gò má cung tiếp (31,29%), chấn thương mắt (2,18%), tổn thương thần kinh VII (0,4%). Một số cơ quan khác bị chấn thương kèm theo với gãy xương hàm dưới có thể kể đến là chấn thương sọ não (30,3%), bụng, ngực, chi thể, cột sống. **Từ khóa:** gãy xương hàm dưới, bệnh viện Việt Đức

### SUMMARY

#### CLINICAL FEATURES, COMPUTER TOMOGRAPHY IN PATIENTS WITH MANDIBULAR FRACTURES AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN 2018-2023

**Objectives:** To describe clinical features, CT-scanner of patients with mandibular fractures at the Department of Maxillofacial Surgery, Plastic, and Aesthetics, Viet Duc University Hospital in 2018-2023. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of patients with mandibular fractures were diagnosed and treated at the Department of Maxillofacial Surgery, Plastic, and Aesthetics, Viet Duc University Hospital from 01/2018-01/2023. We collected the medical record and the data was analysed by SPSS software. **Result:** The sample included a total of 505 subjects and the average age of all subjects was 31,83, the range of age was from 18 to 73 years old, and the male-to-female ratio of 5,82; the major reason for mandibular fractures is motor vehicle accidents with 92,48%. Clinical features: bruising and swelling of trauma region (97,62%), sharp pain at the fracture site (98,61%), malposition of fractures across dental arch (97,23%) that all of them are the most common signs, followed by malocclusion (90,5%) and trismus (75,84%). The classification of mandibular fractures by injury regions

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Trung

Email: quoctrungnguyen1231997@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.9.2023

Ngày duyệt bài: 28.9.2023

identified by the CT-scanner: symphysis fracture (66,14%), body fracture and angle fracture (more than 25%), coronoid (0,99%), the patient may have one or some fractures at the mandible. The associated facial injuries included: maxillary fractures (49,4%) and zygoma fractures (31,2%) were the most common and the rare injuries are facial nerve injury and ophthalmology trauma. Organ trauma was also considered as that brain injury was the highest rate (30,6%), limb injury (14,8%) but chest trauma, abdominal trauma, and cervical injury were significantly lower in proportion. **Conclusion:** Mandibular fractures are mainly seen in men aged 18 to 73, the most common cause is motor vehicle accidents, accounting for 92,48%. The clinical characteristics are not completely homogenous, but the diagnosis is exactly by CT-scanner. The concomitant injuries of the maxillofacial region encountered in these patients may be fractures of the maxilla (49,11%), zygoma (31,29%), ophthalmology trauma (2,18%), and facial nerve injury (0,4%). Some other organ trauma associated with mandibular fractures can include brain (30,3%), extremities, chest, abdomen, and cervical trauma. **Keywords:** mandibular fractures, Viet Duc University Hospital

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đất nước ta là một nước đang phát triển theo hướng công nghiệp hóa, hiện đại hóa, sự phát triển kinh tế xã hội, hạ tầng đô thị dẫn đến tăng cao lưu lượng phương tiện giao thông. Tuy nhiên, thực trạng ý thức tham gia giao thông còn hạn chế cũng như thái độ chủ quan dẫn tới tỷ lệ tai nạn giao thông vẫn còn rất cao. Đây cũng chính là một trong những nguyên nhân làm gia tăng tỉ lệ chấn thương hàm mặt. Các bệnh nhân chấn thương hàm mặt nói chung và gãy xương hàm dưới nói riêng thực tế được điều trị tại bệnh viện Việt Đức thường kèm theo các chấn thương phối hợp vùng mặt khác hoặc tổn thương các cơ quan khác kèm theo. Chính vì vậy nếu như khám lâm sàng không đầy đủ hoặc không chỉ định chụp phim CLVT rất có thể bỏ sót các tổn thương.

Đã có những nghiên cứu thống kê về gãy xương hàm dưới (XHD) phối hợp với các tổn thương khác như của Phạm Hoàng Tuấn (2017) nghiên cứu về đặc điểm dịch tễ gãy XHD với xương hàm trên. Năm bắt được vấn đề cấp thiết này và nhận thấy còn ít các nghiên cứu về gãy xương hàm dưới trên bệnh nhân có nhiều tổn thương phối hợp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, phim cắt lớp vi tính của bệnh nhân gãy xương hàm dưới tại bệnh viện Việt Đức 2018-2023.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân gãy xương hàm dưới được điều trị phẫu

thuật tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt- Tạo hình Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ năm 2018-2023.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhân có đủ thông tin hồ sơ trước phẫu thuật, phim CLVT.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân gãy xương hàm dưới bệnh lý, thiếu phim cắt lớp vi tính, hồ sơ bệnh án thiếu thông tin.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

**2.2.2. Phương pháp chọn mẫu:** Tiến hành lấy mẫu thuận tiện hồi cứu. Tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu là 505 bệnh nhân.

**2.2.3. Các bước tiến hành:** Đối tượng nghiên cứu được thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án, phim cắt vi tính.

**2.2.4. Xử lý số liệu:** Số liệu được làm sạch, nhập thông tin theo các biến bằng phần mềm Excel. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS. Kết quả thống kê được mô tả biểu thị bằng bảng tần số và phần trăm.

**2.2.5. Đạo đức nghiên cứu:** Toàn bộ thông tin thu thập từ hồ sơ bệnh án, phim CLVT được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm về dịch tễ học:** Sau khi tiến hành thống kê, phân tích số liệu thu thập của 505 bệnh nhân, chúng tôi nhận thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 31,83, tuổi cao nhất là 73, nam giới chiếm ưu thế so với nữ giới với tỉ lệ là 85,35%. Nguyên nhân chính dẫn đến gãy xương hàm dưới vẫn là tai nạn giao thông với tỉ lệ vượt trội là 92,48%, tiếp sau là tai nạn lao động 3,76%, tai nạn sinh hoạt 1,78%, tai nạn bạo lực 1,78%, tai nạn thể thao 0,2%.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng và phim cắt lớp vi tính:**

**Dấu hiệu lâm sàng:** các biểu hiện thường gặp là: sưng nề bầm tím phần mềm (97,62%), đau chói tại điểm gãy (98,61%), di lệch xương-cung răng qua đường gãy (97,23%), sai khớp cắn (90,5%), há miệng hạn chế (75,84%).

**Đặc điểm trên phim cắt lớp vi tính:**

**Bảng 3.1: Phân loại gãy xương hàm dưới theo vị trí**

Phân loại	n	%
Cằm	334	66,14
Cành ngang	131	25,94
Lồi cầu	130	25,74
Góc hàm	117	23,17
Cành cao	15	2,97
Mòm vệt	5	0,99

**Nhận xét:** Cằm là vị trí gãy hay gặp nhất chiếm 66,14% dựa theo kết quả trên, tiếp theo sau đó là lồng cầu và cành ngang. Mỏm vệt với 0,99%

**Bảng 3.2: Số lượng ổ gãy xương hàm dưới**

Số lượng ổ gãy	n	%
Một	229	45,35%
Hai	221	43,76%
Ba	51	10,10%
Bốn	4	0,79%
<b>Tổng</b>	<b>505</b>	<b>100%</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân có 1 ổ gãy là 45,35%, 2 ổ gãy là 43,76%, hiếm gặp nhất là trường hợp 4 ổ gãy với 0,79%.

**Bảng 3.3: Các tổn thương phối hợp vùng mặt**

Gãy xương phối hợp vùng mặt	n	%
Gãy hàm dưới đơn thuần	210	41,58
Gãy xương hàm trên	248	49,11
Gãy gò má- cung tiếp	158	31,29
Gãy cả hàm trên và gò má cung tiếp	112	22,18
Phức hợp mũi sàng (NOE)	18	3,56
Gãy xương chính mũi	17	3,37
Chấn thương mắt	11	2,18
Xương trán	5	0,99
Tổn thương thần kinh VII	2	0,40

**Nhận xét:** Chấn thương kèm theo vùng hàm mặt cùng với gãy hàm dưới trong đó gãy xương hàm trên là 49,11%, gãy gò má cung tiếp với 31,29%, trường hợp đa chấn thương hàm mặt nặng gồm gãy hàm dưới, hàm trên, gò má cung tiếp chiếm đến 22,18%. Các chấn thương kèm theo như chấn thương mắt, tổn thương thần kinh mặt lần lượt là 1% và 0,4%.

**Bảng 3.4: Các tổn thương cơ quan khác kết hợp**

Tổn thương cơ quan kết hợp	n	%
Sọ não	153	30,3
Chi thể	74	14,65
Ngực	47	9,31
Bụng	32	6,34
Cột sống	15	2,97

**Nhận xét:** Chấn thương sọ não hay gặp nhất với 30,3%, chi thể với 14,65%. Chấn thương cột sống là 2,97%.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm về dịch tễ học:

- **Giới tính:** có sự chênh lệch vượt trội khi nam giới chiếm 85,35%, trong khi nữ giới chỉ chiếm 14,65%, như vậy lượng bệnh nhân nam gãy xương hàm dưới gấp 5,82 lần bệnh nhân nữ. Một số nghiên cứu được tìm thấy từ y văn trong và ngoài nước cũng cho thấy kết quả tương tự, Trương Mạnh Dũng (1999)<sup>2</sup> nam 89,56%, nữ

10,44%, Rajesh và cộng sự (2014)<sup>3</sup> nam chiếm 88%, nữ là 12%, Tsung-yen và cộng sự (2019)<sup>4</sup> nam 81,5%, nữ 18,5%. Điều này có thể giải thích do nam giới thường xuyên tham gia nhiều hoạt động, công việc nặng nhọc, thói quen sử dụng rượu bia, không đội mũ bảo hiểm khi tham gia giao thông.

- **Tuổi:** Nhìn chung độ tuổi trung bình của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 31,83 cao nhất là 73 tuổi,

- **Nguyên nhân tai nạn:** tai nạn giao thông là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra gãy xương hàm dưới chiếm 92,48 %, tỉ lệ này tương đồng với một số nghiên cứu trong nước như Trương Mạnh Dũng 87,9%, Phạm Hoàng Tuấn (2017)<sup>1</sup> 91,2%, tỉ lệ này cao hơn các tác giả nước ngoài như Kim và cộng sự (2016)<sup>5</sup> 17,2%, Jeffrey và cộng sự (2019)<sup>6</sup> là 27%. Điều này cho thấy nguyên nhân gây gãy xương hàm dưới thay đổi theo từng quốc gia, theo mức độ phát triển của kinh tế xã hội. Ở các nước đang phát triển phương tiện giao thông, cơ sở hạ tầng còn chưa tốt, ý thức chấp hành luật giao thông còn chủ quan dẫn đến gia tăng tình trạng tai nạn giao thông.

##### 4.2. Đặc điểm lâm sàng và phim cắt lớp vi tính gãy xương hàm dưới:

- **Về triệu chứng lâm sàng:** các dấu hiệu phổ biến khi bệnh nhân bị gãy xương hàm dưới là sưng nề bầm tím, đau chói tại điểm gãy, sai khớp cắn, di lệch cung răng qua đường gãy, hạn chế há miệng. Mỗi vị trí gãy khác, cũng như mức độ di lệch của đường gãy sẽ có các triệu chứng tương ứng. Triệu chứng hạn chế há miệng có thể xảy ra ở nhưng trường hợp có gãy xương hàm trên hoặc gò má cung tiếp kèm theo nên cần loại trừ nguyên nhân hạn chế há miệng là do gãy xương hàm dưới hay do gãy xương mặt khác phối hợp.

- Các bệnh nhân chấn thương hàm mặt khi nhập viện vào khoa Phẫu thuật Hàm mặt- Tạo hình- Thẩm mỹ bệnh viện Việt Đức hầu hết được chỉ định chụp phim cắt lớp vi tính, đây là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán chấn thương hàm mặt nhờ các lát cắt mỏng ở nhiều tư thế axial, coronal, sagittal và dựng hình 3D giúp bác sĩ tránh bỏ sót các tổn thương vùng hàm mặt.

- **Về phân loại gãy xương hàm dưới theo vị trí:** Kết quả thu được vùng cằm 66,14%, lồng cầu 25,74%, cành ngang và góc hàm lần lượt là 25,94% và 23,17%, mỏm vệt với 0,99%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có những điểm giống cũng như khác so với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Trong nghiên cứu của Phạm Hoàng Tuấn (2017) vùng cằm

chiếm 41,75%, lồi cầu là 26,37%, mỏm vẹt 17,58%, góc hàm 13,18%, tiếp sau đó là những vị trí còn lại. Jeffrey và cộng sự (2019) chỉ ra gãy lồi cầu và cành ngang chiếm tỉ lệ như nhau là 30%, góc hàm 23%, cằm 16% và mỏm vẹt rất hiếm 0,9%. Sự khác biệt nhỏ này có thể do tại Việt Nam phương tiện giao thông chủ yếu là xe máy khi xảy ra tai nạn vùng cằm thường va chạm đầu tiên kéo theo tổn thương lồi cầu nên hai vị trí này chiếm tỉ lệ cao hơn. Mỏm vẹt là vị trí gãy hiếm gặp với 0,99% do được bảo vệ bởi các cấu trúc xung quanh như mô mềm, phức hợp gò má cung tiếp

- **Về số lượng ổ gãy:** Tỉ lệ gãy một ổ và hai ổ xấp xỉ nhau lần lượt là 45,35% và 43,76%. Các đường gãy trực tiếp vùng cằm thường hay kéo theo gãy gián tiếp lồi cầu, hoặc lực va chạm mạnh tác dụng vào một bên cũng hay dẫn đến gãy 2 ổ ở hai bên của XHD. Tỉ lệ gãy 3 ổ là 10,10% và 4 ổ là 0,79% là những trường hợp tổn thương rất nặng bệnh nhân thường phải đặt ống kiểm soát đường thở. Tỉ lệ gãy từ 2 đường trở lên chiếm 54,65% cho thấy thực tế gãy XHD nhiều ổ gãy hay gặp hơn gãy đơn thuần.

- **Về tổn thương phối hợp vùng mặt:** gãy xương hàm trên chiếm 49,11%, kế sau đó là gò má cung tiếp 31,29%, tổn thương mắt và thần kinh VII với tỉ lệ thấp được ghi nhận nhưng để lại di chứng chấn thương hàm mặt nặng nề cho người bệnh sau này như phải loại bỏ nhãn cầu hỏng, liệt mặt. So sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Hoàng Tuấn (2017) xương hàm dưới gãy kết hợp với hàm trên chiếm 47,2%, gò má cung tiếp là 40,65% thấy có những điểm tương đồng. Số trường hợp gãy hàm dưới đơn thuần chỉ chiếm 41% điều này cho thấy gãy xương hàm dưới thường kèm theo các tổn thương khác vùng mặt, cần khám kĩ tránh bỏ sót tổn thương.

- **Về tổn thương cơ quan khác kết hợp:** gãy xương hàm dưới có kèm theo chấn thương sọ não chiếm đến 30,3% chiếm ưu thế vượt trội so với chi là 14,65%, ít hơn hẳn là ngực, bụng lần lượt là 9,31% và 6,34% điều này có thể giải thích do đa phần nguyên nhân chấn thương là do TNGT với tốc độ cao, lực va đập rất mạnh song song với đó bệnh nhân sử dụng rượu bia, không đội mũ bảo hiểm hoặc sử dụng mũ bảo hiểm không đảm bảo chất lượng dẫn đến phối hợp tổn thương đầu mặt chiếm ưu thế. Chiếm tỉ lệ rất nhỏ nhưng không kém phần nguy hiểm là chấn thương cột sống với 2,97%. Trong khi đó ngược lại trong nghiên cứu của tác giả Phạm Hoàng Tuấn (2017) thì tỉ lệ gãy hàm dưới phối

hợp với chấn thương sọ não là 0%, điều này khác biệt với nhưng thống kê của chúng tôi. Trong nghiên cứu của M. Joshi (2017)<sup>7</sup> chỉ ra có 22,27% bệnh nhân gãy xương hàm dưới có kèm chấn thương đầu, đối với tỉ lệ chấn thương cột sống nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự mà S. Mukherjee và cộng sự (2015)<sup>8</sup> đã báo cáo là 1,8% đồng thời báo cáo cũng chỉ ra tỉ lệ CTCS trong các nghiên cứu khác trong khoảng 1,07% -2,6%. Thực trạng tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt- Tạo hình- Thẩm mỹ bệnh viện Việt Đức hàng ngày phải tiếp nhận rất nhiều bệnh nhân đa chấn thương phối hợp chính vì vậy mà tỷ lệ chấn thương phối hợp trong nghiên cứu cao hơn ở nhiều nơi.

## V. KẾT LUẬN

Sau khi thực hiện nghiên cứu, phân tích 505 bệnh nhân gãy xương hàm dưới tại khoa Phẫu thuật hàm mặt- Tạo hình- Thẩm mỹ của bệnh viện Việt Đức, chúng tôi nhận thấy gãy xương hàm dưới có thể gặp ở hầu hết các lứa tuổi, ngoài gãy xương hàm dưới đơn thuần các bác sĩ phẫu thuật hàm mặt thường xuyên phải đối mặt với đa chấn thương hàm mặt chính vì vậy mà nếu chỉ dựa vào dấu hiệu lâm sàng có thể bỏ sót các tổn thương. Phim cắt lớp vi tính là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định các trường hợp đa chấn thương hàm mặt. Ngoài ra, với thực trạng hàng ngày ở bệnh viện Việt Đức tình trạng bệnh nhân gãy xương hàm dưới nói riêng và chấn thương hàm mặt nói chung thường có kèm theo các tổn thương cơ quan khác kết hợp. Điều này đặt ra vấn đề là cần có sự phối hợp chặt chẽ, hội chẩn cũng như điều trị giữa nhiều chuyên khoa khác nhau để đem lại chất lượng điều trị toàn diện cho bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Hoàng Tuấn.** Dịch tễ học lâm sàng gãy phối hợp xương hàm dưới và xương hàm trên tại bệnh viện Răng hàm mặt trung ương Hà Nội từ 1/2015-12/2016. Tạp Chí Học Việt Nam. 2017;457.
2. **Trường TV, Trương Mạnh Dũng.** Tình hình chấn thương hàm mặt tại viện răng hàm mặt Hà Nội trong 11 năm (từ 1988- 1998) trên 2149 trường hợp/ 1999
3. **Gutta R, Tracy K, Johnson C, James LE, Krishnan DG, Marciani RD.** Outcomes of mandible fracture treatment at an academic tertiary hospital: a 5-year analysis. J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg. 2014;72(3):550-558.
4. **Hsieh TY, Funamura JL, Dedhia R, Durbin-Johnson B, Dunbar C, Tollefson TT.** Risk Factors Associated With Complications After

- Treatment of Mandible Fractures. JAMA Facial Plast Surg. 2019;21(3):213-220.
5. **Kim MY, Kim CH, Han SJ, Lee JH.** A comparison of three treatment methods for fractures of the mandibular angle. Int J Oral Maxillofac Surg. 2016;45(7):878-883.
  6. **James J, Farrell T, Stevens M, Looney S, Faigen A, Anderson J.** Time to Open Repair of Mandibular Fractures and Associated Complications. J Oral Maxillofac Surg. 2020;78(1):101-107.
  7. **Joshi UM, Ramdurg S, Saikar S, Patil S, Shah K.** Brain Injuries and Facial Fractures: A Prospective Study of Incidence of Head Injury Associated with Maxillofacial Trauma. J Maxillofac Oral Surg. 2018;17(4):531-537.
  8. **Mukherjee S, Abhinav K, Revington P.** A review of cervical spine injury associated with maxillofacial trauma at a UK tertiary referral centre. Ann R Coll Surg Engl. 2015;97(1):66-72.

## ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI MỌC LỆCH, NGẦM TRÊN PHIM CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH CHÙM TIA HÌNH NÓN

Chu Thị Ngọc Mai<sup>1</sup>, Trịnh Đình Hải<sup>1</sup>, Đinh Diệu Hồng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình thái và tương quan với các mốc giải phẫu của răng khôn hàm dưới (RKHD) mọc lệch, ngầm trên phim chụp cắt lớp vi tính chùm tia hình nón (CTCB) tại Trung tâm X-quang nha khoa Morita Hà Nội quý I năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Đánh giá 133 RKHD mọc lệch, ngầm trên phim CTCB của 85 bệnh nhân. Kết quả: trong 133 RKHD mọc lệch, ngầm, trục răng lệch gần góc chiếm tỉ lệ cao nhất là 47,3%, 40,6% điểm cao nhất của RKHD nằm ngang mức hoặc cao hơn mặt nhai răng 7 (vị trí A), khoảng rộng xương nhỏ hơn bề rộng thân răng (loại II) chiếm 41,4%, răng có 2 chân (74,4%) chiếm ưu thế. Ông thân kinh răng dưới không tiếp xúc với chân răng chiếm 62,4%, trường hợp có tiếp xúc chiếm 37,6%. **Kết luận:** nghiên cứu đã đưa ra đặc điểm hình thái RKHD lệch, ngầm trên phim CTCB ở Trung tâm X-quang nha khoa Morita Hà Nội quý I năm 2023 là cơ sở lên kế hoạch điều trị phẫu thuật phù hợp.

### SUMMARY

#### THE MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF IMPACTED MANDIBULAR THIRD MOLARS ON CONE-BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGES

**Objective:** To describe the morphological characteristics and correlations with anatomical landmarks of impacted mandibular third molars (IMTMs) on cone-beam computed tomography (CBCT) images at Morita Dental X-ray Center in Hanoi, first quarter of 2023. **Research method:** Evaluation of 133 IMTMs on CBCT images of 85 patients. **Results:** Among the 133 IMTMs, the most common angulation was mesioangular, accounting for 47.3%. The highest point of IMTMs was located at or above the occlusal plane of the adjacent tooth 7 (position A) in 40.6% of

cases. Type II impaction, characterized by a smaller bone width compared to the tooth width, accounted for 41.4%. Two-rooted teeth were predominant, representing 74.4% of cases. Non-contact between the inferior alveolar nerve and the tooth root was observed in 62.4% of cases, while contact was present in 37.6%. **Conclusion:** The study provided morphological characteristics of IMTMs on CBCT images at Morita Dental X-ray Center in Hanoi, first quarter of 2023, serving as a basis for planning appropriate surgical treatment.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng khôn hàm dưới (RKHD) mọc lệch, ngầm có thể gây ra nhiều biến chứng tại chỗ vùng cung hàm, lan rộng đến các vùng lân cận, thậm chí ảnh hưởng đến toàn thân. Tiêu chuẩn để chỉ định loại bỏ răng hàm lớn (RHL) thứ ba ở hàm dưới mọc lệch ngầm được đánh giá bằng tiền sử và khám sức khỏe của bệnh nhân bao gồm các kiểm tra bổ sung như chẩn đoán hình ảnh. Phương pháp phổ biến nhất được sử dụng để hỗ trợ chẩn đoán sự hiện diện của răng hàm lớn thứ ba lệch, ngầm là chụp X quang toàn cảnh<sup>1</sup>. Việc đánh giá chính xác hình thái của răng hàm lớn thứ ba lệch ngầm dựa trên phim chụp X quang toàn cảnh có thể không chính xác do bị chồng ảnh và do tính chất hai chiều của nó. Việc khám phá ra chụp cắt lớp vi tính chùm tia hình nón (CBCT) đã có thể khắc phục các nhược điểm của phim X quang toàn cảnh. Phim CTCB có khả năng thu được chiều sâu của hình ảnh và sự không chồng chéo của các cấu trúc giải phẫu liên kề<sup>2</sup>. Với sự trợ giúp của hình ảnh X quang, đặc biệt là CTCB, chúng ta có khả năng chẩn đoán được đầy đủ hình ảnh không gian ba chiều và có kế hoạch điều trị phẫu thuật phù hợp cho từng loại răng khôn. Với những mong muốn như vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đặc điểm hình thái răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngầm

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Diệu Hồng

Email: dieuhong201@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.9.2023

Ngày duyệt bài: 28.9.2023