

- after surgical revascularization: preliminary study with 256-slice CT. PloS One. 2013;8(2):e57595.
6. **Chen Y, Xu W, Guo X, et al.** CT perfusion assessment of Moyamoya syndrome before and after direct revascularization (superficial temporal artery to middle cerebral artery bypass). Eur Radiol. 2016;26(1):254-261.
  7. **Suzuki J, Takaku A.** Cerebrovascular "moyamoya" disease. Disease showing abnormal net-like vessels in base of brain. Arch Neurol. 1969;20(3):288-299.
  8. **Roach ES, Golomb MR, Adams R, et al.** Management of stroke in infants and children: a scientific statement from a Special Writing Group of the American Heart Association Stroke Council and the Council on Cardiovascular Disease in the Young. Stroke. 2008;39(9):2644-2691.
  9. **Kang KH, Kim HS, Kim SY.** Quantitative cerebrovascular reserve measured by acetazolamide-challenged dynamic CT perfusion in ischemic adult Moyamoya disease: initial experience with angiographic correlation. AJNR Am J Neuroradiol. 2008;29(8):1487-1493.
  10. **Waaiker A, van der Schaaf IC, Velthuis BK, et al.** Reproducibility of quantitative CT brain perfusion measurements in patients with symptomatic unilateral carotid artery stenosis. AJNR Am J Neuroradiol. 2007;28(5):927-932.

## NGHIÊN CỨU DỊCH TỄ HỌC, TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ X QUANG Ở BỆNH NHÂN GÃY XƯƠNG HÀM DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lê Trung Chánh<sup>1,2</sup>, Nguyễn Văn Tuấn<sup>1,2</sup>,  
Vũ Văn Đình<sup>1</sup>, Lê Hoài Phúc<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Gãy xương hàm dưới (XHD) là chấn thương hàm mặt thường gặp, ảnh hưởng đến chức năng ăn nhai và thẩm mỹ. Việc mô tả đặc điểm lâm sàng và X quang trước điều trị giúp chẩn đoán và điều trị hiệu quả. **Mục tiêu:** Mô tả dịch tễ học, đặc điểm lâm sàng, X quang ở bệnh nhân (BN) gãy XHD tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương TP.HCM. **Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 82 BN gãy XHD từ tháng 4/2025 đến tháng 5/2025 tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương TP.HCM. Các biến số dịch tễ học, triệu chứng lâm sàng và hình ảnh X quang được ghi nhận trước phẫu thuật. **Kết quả:** Gãy XHD thường gặp ở nam giới (69,52%) trong độ tuổi 18-39 (51,22%), chủ yếu do tai nạn giao thông (93,9%). Các triệu chứng lâm sàng thường gặp: há miệng hạn chế (100%), sai khớp cắn (96,34%), gián đoạn bờ xương (70,73%). Hình ảnh X quang ghi nhận gãy XHD hoàn toàn (96,86%), với di lệch nhiều (89,31%), thường gặp tại vùng cằm (36,48%) và lồi cầu (31,45%), với đa số gãy nhiều đường (65,85%). Gãy XHD vùng góc hàm có 66,67% liên quan đến răng khôn. **Kết luận:** Gãy XHD thường gặp ở nam giới, nhóm trưởng thành, chủ yếu do tai nạn giao thông. Các triệu chứng lâm sàng phổ biến gồm đau, sai khớp cắn và há miệng hạn chế. Các vị trí gãy thường gặp là vùng cằm và lồi cầu. Răng khôn có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với gãy XHD vùng góc hàm. **Từ khóa:** Gãy xương hàm dưới, chấn thương hàm mặt, triệu chứng lâm sàng, X quang.

### SUMMARY

#### EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND RADIOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF MANDIBULAR FRACTURES AT NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO-STOMATOLOGY IN HO CHI MINH CITY

**Introduction:** Mandibular fracture is a common maxillofacial injury that significantly affects mastication and aesthetics. Describing clinical and radiographic features before treatment helps in accurate diagnosis and effective treatment. **Objective:** To describe the epidemiological, clinical and radiographic characteristics of patients with mandibular fractures at National Hospital of Odontostomatology in Ho Chi Minh City. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 82 patients with mandibular fractures from April 2025 to May 2025 at National Hospital of Odontostomatology in Ho Chi Minh City. Epidemiological variables, clinical symptoms, and radiographic findings were recorded before surgery. **Results:** Mandibular fractures were most commonly seen in males (69.52%) aged 18-39 years (51.22%), primarily caused by traffic accidents (93.9%). Common clinical symptoms include limited mouth opening (100%), malocclusion (96.34%), and bone margin discontinuity (70.73%). Radiographic findings revealed that most fractures were complete (96.86%) with significant displacement (89.31%), commonly occurring in the symphysis (36.48%) and condylar (31.45%) regions, with the majority involving multiple fracture lines (65.85%). Mandibular fractures in the angle region were associated with impacted third molars in 66.67% of cases. **Conclusion:** Mandibular fractures are more common in males, particularly in the adult group, and are primarily caused by traffic accidents. Common clinical symptoms include pain, malocclusion, and limited mouth opening. Common

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoài Phúc

Email: hoaiiphuc1609@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.6.2025

Ngày duyệt bài: 30.7.2025

fracture sites are the symphysis and condyle regions. Third molars have a statistically significant association with mandibular fractures in the angle region.

**Keywords:** Mandibular fracture, maxillofacial trauma, clinical symptoms, radiography.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Gãy xương hàm dưới (XHD) là chấn thương phổ biến (33,17%) vùng hàm mặt<sup>[6]</sup>, ảnh hưởng đến chức năng ăn nhai và thẩm mỹ. Gãy XHD thường gặp ở nam giới và người trẻ tuổi, chủ yếu do tai nạn giao thông. Trong thực hành lâm sàng, việc đánh giá đầy đủ các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học trước điều trị đóng vai trò quan trọng giúp định hướng điều trị phù hợp và nâng cao hiệu quả phục hồi. Tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương TP.HCM đã có nhiều nghiên cứu về gãy XHD, tuy nhiên đa phần tập trung vào phương pháp điều trị. Chưa có một nghiên cứu nào mô tả toàn diện các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh X quang trước điều trị ở bệnh nhân (BN) gãy XHD. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả dịch tễ học, đặc điểm lâm sàng, X quang ở BN gãy XHD tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương TP.HCM.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** BN được chẩn đoán gãy XHD đến điều trị tại Khoa Phẫu thuật Hàm Mặt, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương TP.HCM từ tháng 4/2025 đến tháng 5/2025.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** BN có chấn thương XHD, xác định qua khám lâm sàng và phim X quang.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** BN đã phẫu thuật gãy XHD hoặc có bệnh lý xương như loãng xương, viêm xương.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

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

**Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện. Tổng số BN là 82.

**Thu thập dữ liệu:** Đặc điểm dịch tễ gồm: Giới tính, nơi cư trú, nhóm tuổi, nghề nghiệp, nguyên nhân, có sử dụng rượu bia trước khi chấn thương, thời gian từ lúc chấn thương đến lúc nhập viện, thời gian từ lúc chấn thương đến lúc phẫu thuật.

Triệu chứng lâm sàng gồm các biến số: Sưng nề, tụ máu, vết thương tại vị trí gãy, khớp cắn (yêu cầu BN cắn chặt hai hàm ở vị trí lồng múi tối đa, đặt giấy cắn 40 µm giữa cung răng trên và dưới, sau đó kiểm tra khớp cắn lồng múi tốt/lồng múi trung bình/lồng múi kém/không xác định được), đau chói bờ xương, gián đoạn bờ xương, gián đoạn cung răng, tê môi cằm, há miệng hạn chế, mức độ đau (thang điểm Wong-Baker), khả năng ăn uống.

**Đặc điểm X quang:** Các hình ảnh X quang của BN được chuyển vào phần mềm 3D Slicer dưới định dạng DICOM, giúp tái tạo mô hình 3D chính xác, từ đó đánh giá các đặc điểm đường gãy: Số lượng đường gãy, bên chấn thương, vị trí gãy, phân bố vị trí trong gãy XHD 2 đường trở lên, phân bố vị trí trong gãy XHD 1 đường, liên quan đường gãy với răng khôn trong gãy XHD vùng góc hàm, đặc điểm đường gãy được đánh giá dựa trên kiểu gãy và mức độ di lệch.

**Xử lý số liệu:** Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 27.0. Phân phối chuẩn của biến số được xác định bằng phép kiểm Shapiro-Wilk.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học số 1358/ TĐHYKPN – HĐĐĐ.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

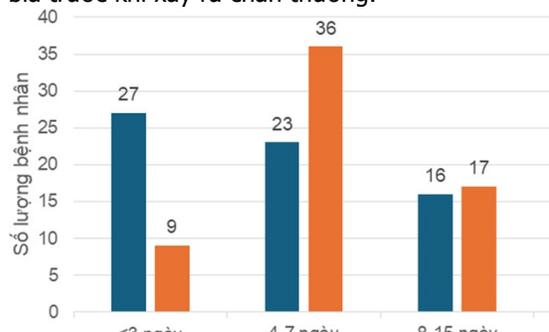
**3.1. Đặc điểm dịch tễ học**

**Bảng 3.1: Đặc điểm dịch tễ của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Số lượng BN (%) (n=82)
<b>Giới tính</b>	
Nam	57 (69,52)
Nữ	25 (30,58)
<b>Nơi cư trú</b>	
Thành phố	5 (6,1)
Thị xã	6 (7,32)
Nông thôn	71 (86,57)
<b>Nhóm tuổi</b>	
Trẻ em (<17 tuổi)	10 (12,19)
Trưởng thành (18-39 tuổi)	42 (51,22)
Trung niên (40-59 tuổi)	23 (28,05)
Cao tuổi (≥60 tuổi)	7 (8,54)
<b>Nghề nghiệp</b>	
Lao động trí não	2 (2,44)
Học sinh - sinh viên	15 (18,29)
Lao động chân tay	65 (79,27)
Khác	0 (0)
<b>Nguyên nhân</b>	
Tai nạn giao thông	77 (93,9)
Tai nạn lao động	1 (1,22)
Tai nạn sinh hoạt	2 (2,44)
Tai nạn thể thao	0 (0)
Khác	2 (2,44)
<b>Sử dụng rượu bia</b>	
Có	5 (6,1)
Không	77 (93,9)

Nghiên cứu bao gồm 82 BN gãy XHD, trong đó nam giới chiếm 69,52% với tỷ lệ nam:nữ khoảng 2,3:1. Phần lớn BN cư trú ở nông thôn (86,57%). Tuổi trung bình là 30 ± 23 tuổi, với nhóm trưởng thành (18-39 tuổi) chiếm 51,22%.

Lao động chân tay chiếm phần lớn (79,27%), trong khi học sinh - sinh viên là 18,29%. Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính (93,9%) gây chấn thương. Có 5,61% BN có sử dụng rượu bia trước khi xảy ra chấn thương.



**Biểu đồ 3.1: Phân bố số lượng bệnh nhân gãy xương hàm dưới theo thời gian từ lúc chấn thương đến lúc nhập viện và từ lúc chấn thương đến phẫu thuật**

Đa số các BN nhập viện trong vòng 3 ngày đầu (32,93%), tiếp theo là từ 4 - 7 ngày (28,05%). Có 39,02% BN đến muộn sau 8 ngày kể từ khi chấn thương.

Thời gian từ chấn thương đến phẫu thuật phổ biến nhất là 4 - 7 ngày (43,9%), chỉ 10,98% BN được phẫu thuật trong vòng 3 ngày.

**3.2. Triệu chứng lâm sàng gãy xương hàm dưới**

**Bảng 3.2: Triệu chứng lâm sàng gãy xương hàm dưới**

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng BN (%) (n=82)
<b>Triệu chứng lâm sàng</b>	
Sưng nề	45 (54,88)
Tự máu	17 (20,73)
Vết thương tại vị trí gãy	15 (18,29)
Đau chói bờ xương	54 (68,85)
Gián đoạn bờ xương	58 (70,73)
Gián đoạn cung răng	24 (29,27)
<b>Khớp cắn</b>	
Lồng mũi tốt	1 (1,22)
Lồng mũi trung bình	11 (13,41)
Lồng mũi kém	68 (82,93)
Không xác định được	2 (2,44)
Tê môi cằm	12 (14,63)
Há miệng hạn chế	82 (100)
<b>Tổn thương phối hợp</b>	
Chấn thương sọ não	2 (2,44)
Gãy xương hàm trên	28 (34,15)
Gãy xương gò má	26 (31,71)
Gãy xương chi (tay hoặc chân)	5 (6,1)
Gãy xương lồng ngực	1 (1,22)
Gãy cột sống	0 (0)

Tổn thương tạng trong ổ bụng	1 (1,22)
<b>Đánh giá đau</b>	
Không đau	1 (1,22)
Đau một chút	16 (19,51)
Đau thêm một chút	23 (28,05)
Đau hơn nữa	19 (23,17)
Đau rất nhiều	19 (23,17)
Rất đau	4 (4,89)
<b>Đánh giá khả năng ăn uống</b>	
An uống bình thường, có thể ăn tất cả các loại thức ăn	0 (0)
Không thể ăn các thức ăn quá cứng hoặc quá dai	1 (1,22)
Chỉ có thể ăn thức ăn mềm	48 (58,54)
Chỉ có thể ăn thức ăn xay nhuyễn hoặc nghiền nhỏ	14 (17,07)
Chỉ có thể ăn thức ăn lỏng	19 (23,17)
Không thể ăn uống	0 (0)

Triệu chứng há miệng hạn chế được ghi nhận ở toàn bộ BN (100%). Về khớp cắn, có 82,93% BN lồng mũi kém và 13,41% lồng mũi trung bình, dẫn đến tỷ lệ sai khớp cắn là 96,34%. Triệu chứng ít gặp nhất là tê môi cằm (14,63%). Tổn thương phối hợp phổ biến là gãy xương hàm trên (34,15%) và gãy xương gò má (31,71%). Đau chủ yếu ở mức độ vừa đến nặng, với tỷ lệ "Đau thêm một chút" cao nhất (28,05%). Về khả năng ăn uống đa số BN chỉ ăn được thức ăn mềm (58,54%).

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

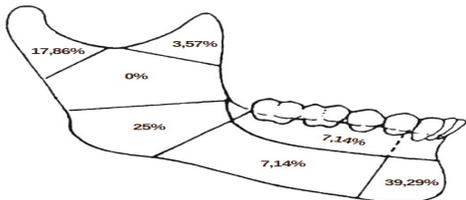
**Bảng 3.3: Đặc điểm X quang gãy xương hàm dưới.**

Đặc điểm	Số lượng BN (%) (n=82)
<b>Số lượng đường gãy</b>	
1 đường gãy	28 (34,15)
2 đường gãy	34 (41,46)
3 đường gãy	18 (21,95)
4 đường gãy	1 (1,22)
>4 đường gãy hoặc gãy vụn	1 (1,22)
<b>Bên chấn thương</b>	
Bên phải	19 (23,17)
Bên trái	25 (30,49)
Hai bên	35 (42,68)
Ngay tại đường giữa	3 (3,66)

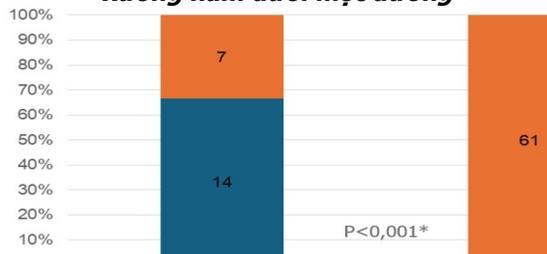
**Bảng 3.4: Phân bố vị trí gãy xương hàm dưới**

Đặc điểm	Số lượng đường gãy (%) (n=159)
<b>Vị trí gãy</b>	
Gãy vùng cằm	58 (36,48)
Gãy vùng cạnh ngang	15 (9,43)
Gãy vùng góc hàm	21 (13,21)

Gãy vùng cạnh cao	1 (0,63)
Gãy mỏm vẹt	5 (3,14)
Gãy vùng lõm cầu	50 (31,45)
Gãy xương ổ răng	9 (5,66)
<b>Phân bố vị trí trong gãy XHD có 2 đường trở lên</b>	
Gãy cắm hai bên	1 (1,85)
Gãy cắm - cạnh ngang	4 (7,41)
Gãy cắm - góc hàm	9 (16,67)
Gãy cắm - lõm cầu	7 (12,96)
Gãy cắm - xương ổ răng	4 (7,41)
Gãy cạnh ngang - góc hàm	1 (1,85)
Gãy cạnh ngang - lõm cầu	4 (11,1)
Gãy cạnh ngang - xương ổ răng	1 (1,85)
Gãy góc hàm - mỏm vẹt	1 (1,85)
Gãy góc hàm - lõm cầu	1 (1,85)
Gãy cạnh cao - lõm cầu	1 (1,85)
Gãy lõm cầu hai bên	4 (7,41)
Gãy lõm cầu hai bên - vùng cắm	9 (16,67)
Gãy lõm cầu - mỏm vẹt	1 (1,85)
Gãy cắm - lõm cầu - xương ổ răng	2 (3,71)
Gãy cắm - cạnh ngang - lõm cầu	1 (1,85)
Gãy cắm - góc hàm - mỏm vẹt	2 (3,71)
Gãy cạnh ngang hai bên - lõm cầu	1 (1,85)
<b>Đặc điểm đường gãy</b>	
<b>Kiểu gãy</b>	
Gãy hoàn toàn	154 (96,86)
Gãy không hoàn toàn	5 (3,14)
<b>Mức độ di lệch</b>	
Không di lệch	5 (3,14)
Di lệch ít ( $\leq 1\text{mm}$ )	12 (7,55)
Di lệch nhiều ( $> 1\text{mm}$ )	142 (89,31)



**Hình 3.1: Phân bố tỷ lệ theo vị trí trong gãy xương hàm dưới một đường**



**Biểu đồ 3.2: Phân bố số lượng bệnh nhân gãy xương hàm dưới vùng góc hàm**

\*Fisher exact test

Nghiên cứu ghi nhận 159 đường gãy XHD,

với độ di lệch trung bình 8,21 mm. Phần lớn BN có 2 đường gãy XHD (41,46%). Bên chẩn thương phân bố tương đối đều giữa bên trái (30,49%), bên phải (23,17%) và hai bên (42,68%). Vị trí gãy XHD phổ biến nhất là gãy vùng cắm (36,48%), tiếp đến là gãy vùng lõm cầu (31,45%). Trong nhóm có từ 2 đường gãy XHD trở lên, phổ biến nhất là tổ hợp gãy lõm cầu hai bên - vùng cắm và gãy vùng cắm - góc hàm (16,67%). Đa số đường gãy XHD là gãy hoàn toàn (96,86%) và di lệch nhiều (89,31%). Trong các trường hợp gãy XHD một đường, gãy XHD vùng cắm chiếm tỷ lệ cao nhất (39,29%), sau đó là gãy vùng góc hàm (25%). Trong các trường hợp gãy XHD vùng góc hàm, có 66,67% đường gãy có liên quan đến răng khôn, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ gãy XHD vùng góc hàm với không gãy XHD vùng góc hàm giữa 2 nhóm đường gãy có đi qua răng khôn và đường gãy không đi qua răng khôn ( $P < 0,001$ , kiểm định Fisher exact test). Khi xét tương quan giữa tỷ lệ đường gãy đi qua răng khôn và tỷ lệ gãy XHD vùng góc hàm, chúng tôi nhận thấy có mối tương quan mạnh có ý nghĩa thống kê với hệ số Lambda = 0,667,  $P < 0,001$ .

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm về dịch tễ học.** Nghiên cứu cho thấy nam giới chiếm 69,52% (tỷ lệ nam:nữ 2,3:1), tương đồng kết quả của Trần Kiều Hoa<sup>[2]</sup>(8,5:1) và Musa Cheema<sup>[8]</sup> (7,5:1), có thể do nam giới tham gia nhiều vào giao thông và lao động nặng. Nhóm tuổi 18 - 39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (51,22%), phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Lợi<sup>[3]</sup> (59,2%) và Trần Kiều Hoa<sup>[2]</sup> (66,7%). Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính dẫn đến chấn thương (93,9%), cao hơn so với Musa Cheema<sup>[8]</sup> (64,1%), nhưng gần giống với Nguyễn Quốc Trung<sup>[5]</sup> (94,4%). Thực trạng này phản ánh những thiếu sót trong công tác đảm bảo an toàn giao thông tại Việt Nam, dẫn đến nguy cơ tai nạn cao hơn so với các quốc gia phát triển. Tỷ lệ sử dụng rượu bia trước chấn thương là 6,1%, thấp hơn U Vignesh<sup>[7]</sup> (29,5%). Điều này có thể phản ánh sự ảnh hưởng của các chính sách an toàn giao thông hiện tại tại Việt Nam, như Nghị định 100 về xử phạt vi phạm hành chính.

Trong số các BN gãy XHD, chỉ 32,93% nhập viện trong vòng 3 ngày và 10,98% được phẫu thuật sớm ( $\leq 3$  ngày), thấp hơn so với nghiên cứu của Tô Sĩ Chiến<sup>[1]</sup> (21,2% BN phẫu thuật trong 24 giờ). Phần lớn BN phẫu thuật muộn, với 43,9% thực hiện trong 4 - 7 ngày và 24,39% sau 15 ngày, làm tăng nguy cơ biến chứng và ảnh

hưởng đến phục hồi. Nguyên nhân chính là chấn thương phối hợp cần được điều trị trước, thiếu nguồn lực phẫu thuật và thời gian chờ kết quả xét nghiệm.

**4.2. Đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân gãy xương hàm dưới.** Tất cả BN đều gặp tình trạng há miệng hạn chế (100%) và sai khớp cắn (96,34%), tương tự nghiên cứu của Nguyễn Quốc Trung<sup>[5]</sup> (90,5%), nhưng cao hơn Trần Kiều Hoa<sup>[2]</sup> (63,9%). Các triệu chứng như đau chói bờ xương (68,85%) và gián đoạn bờ xương (70,73%) cũng được ghi nhận, nhưng thấp hơn so với Trần Kiều Hoa<sup>[2]</sup> trong đó 100% BN báo cáo đau chói bờ xương. Điều này có thể do BN nhập viện muộn, dẫn đến triệu chứng giảm dần. Tỷ lệ tê môi cằm trong nghiên cứu là 14,63%, thấp hơn nhiều so với Trần Kiều Hoa<sup>[2]</sup> (72,2%), có thể do tỷ lệ gãy vùng cạnh ngang và góc hàm cao hơn trong nghiên cứu trước đó. Về tổn thương phối hợp, tỷ lệ gãy xương hàm trên (34,15%) và gãy xương gò má (31,71%), tương tự nghiên cứu của Nguyễn Quốc Trung<sup>[5]</sup> (49,11% và 31,29%). Phần lớn BN than phiền về đau (98,78%) tương đồng với kết quả của Phạm Văn Bé Sáu<sup>[4]</sup> (93,88%).

**4.3. Đặc điểm X quang ở bệnh nhân gãy xương hàm dưới.** Kết quả chẩn đoán hình ảnh cho thấy 65,85% BN có gãy hai đường trở lên, phản ánh tổn thương phức tạp do tác động lực đa chiều. Vị trí gãy XHD phổ biến nhất là vùng cằm (36,48%) và vùng lõm cầu (31,45%). So với nghiên cứu của Nguyễn Quốc Trung<sup>[5]</sup>, tỷ lệ gãy XHD vùng cằm trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn (66,14%) và tỷ lệ gãy vùng lõm cầu cao hơn (25,74%). Sự khác biệt này có thể do đặc điểm dịch tễ học và cơ chế chấn thương khác nhau. Trong nhóm có từ hai đường gãy trở lên có 16,67% trường hợp gãy lõm cầu hai bên - vùng cằm hoặc gãy phối hợp giữa vùng cằm - góc hàm, cao hơn so với nghiên cứu của Musa Cheema<sup>[8]</sup>, trong đó gãy lõm cầu hai bên - vùng cằm chiếm 1,8% và gãy phối hợp giữa vùng cằm - góc hàm là 10%. Sự khác biệt này có thể do phương pháp thu thập dữ liệu khác nhau. Đa số các đường gãy XHD là gãy hoàn toàn (96,86%) và có mức độ di lệch nhiều (89,31%), cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Tô Sĩ Chiến<sup>[1]</sup> (38,5% di lệch nhiều). Kết quả cho thấy phần lớn các ca gãy XHD trong nghiên cứu thuộc nhóm tổn thương nặng. Trong các trường hợp gãy XHD một đường, gãy XHD vùng cằm chiếm tỷ lệ cao nhất (39,29%), sau đó là gãy vùng góc hàm (25%), tương tự như kết quả của Musa Cheema<sup>[8]</sup> (40% và 20%). Trong 21 BN gãy XHD

vùng góc hàm, có 66,67% liên quan đến răng khôn, thấp hơn báo cáo của Phạm Văn Bé Sáu<sup>[4]</sup> (85,7%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, đường gãy đi qua răng khôn làm tăng tỷ lệ gãy XHD vùng góc hàm (hệ số Lambda = 0,667,  $P < 0,001$ ). Kết quả này khẳng định vai trò làm suy yếu cấu trúc xương vùng góc hàm của răng khôn, có thể tác động tiêu cực đến sự ổn định của XHD khi có chấn thương.

## V. KẾT LUẬN

Gãy XHD thường gặp ở nam giới, nhóm trưởng thành, chủ yếu do tai nạn giao thông. Các triệu chứng lâm sàng phổ biến gồm đau, sai khớp cắn và há miệng hạn chế. Các vị trí gãy thường gặp là vùng cằm và lõm cầu. Răng khôn có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với gãy XHD vùng góc hàm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Chiến Tô Sĩ, Nam Nguyễn Hoàng, Minh Nguyễn Đức và cộng sự.** "Đặc điểm lâm sàng, X-quang và kết quả phẫu thuật điều trị gãy xương hàm dưới vùng cằm bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh", Tạp chí Y học Việt Nam, 540 (3), (2024).
- Hoa Trần Kiều, Tân Lâm Nhựt, Dân Tô Tuấn và cộng sự.** "Đặc điểm gãy xương hàm dưới ở một số bệnh nhân tại thành phố Cần Thơ, năm 2023-2024", Tạp chí Y học Việt Nam, 539 (1B), (2024).
- Lợi Nguyễn Hồng, Châu Hoàng Lê Trọng.** "Đặc điểm gãy xương hàm dưới do tai nạn giao thông", Tạp chí Y học Việt Nam, 526 (2), (2023).
- Sáu Phạm Văn Bé, Khuê Trương Nhựt, Khanh Hồng Quốc.** "Đặc điểm lâm sàng, X-quang và kết quả điều trị kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ ở bệnh nhân gãy xương hàm dưới vùng góc hàm tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh năm 2023-2024", Tạp chí Y học Việt Nam, 542 (1), (2024).
- Trung Nguyễn Quốc, Hà Nguyễn Hồng, Hùng Đặng Triệu.** "Đặc điểm lâm sàng, phim cắt lớp vi tính của bệnh nhân gãy xương hàm dưới tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức 2018-2023", Tạp chí Y học Việt Nam, 531 (2), (2023).
- Michalik Weronika, Toppich Julia, Łuksza Adam et al.** "Exploring the correlation of epidemiological and clinical factors with facial injury severity scores in maxillofacial trauma: a comprehensive analysis", *Frontiers in Oral Health*, 6, (2025), 1532-1533.
- Vignesh U, Kanna VE Shanthosh, Kharmawlong Reading Well.** "A Retrospective Analysis of Epidemiology and Pattern of Mandibular Fractures in Eastern Part of Uttar Pradesh, India", *International Journal of Current Pharmaceutical Review and Research*, 17 (3), (2025), 203-210.
- Cheema Musa, Irshad Khadija, Musarrat Maniha et al.** "Epidemiological pattern of mandibular fractures in Islamabad", *Journal of Population Therapeutics & Clinical Pharmacology*, 31 (6), (2024), 139-145.