

- Chronic Obstructive Lung Disease. <https://goldcopd.org>.
2. **Bộ Y Tế**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Ban hành kèm theo Quyết định số 3874/QĐ-BYT ngày 26/06/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế). 2018.
  3. **Phan Quang Khải, Đặng Nguyễn Đoàn Trang. (2016)**. Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) tại khoa Nội tổng hợp - bệnh viện Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 20 (2), tr. 183 – 187.
  4. **López-Campos JL, Hartl S, Pozo-Rodriguez F, Roberts CM; European COPD Audit team.** Antibiotic Prescription for COPD Exacerbations Admitted to Hospital: European COPD Audit. PLoS One, 10 (4), 1-12.
  5. **Mathew I E, Baby A, Joseph S, K.P G. (2017)**. Study on clinical pharmacist-initiated interventions on COPD and asthma patients. Journal of Pharmaceutical Sciences and Research, 9, 1212-1216. Sha J, Worsnop C J, Leaver B A, Vagias C. (2020). Hospitalised exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: adherence to guideline recommendations in an Australian teaching hospital. Intern Med J, 50 (4), 453-459.
  6. **Ismail N, Lat I, Abualfoual M, (2018)**, "Evaluating the impact of pharmacist intervention on medication error rates in icu patients", Critical Care Medicine, 46 (1), pp. 596.
  7. **Bao Z, Ji C, Hu J, Luo C, et al, (2018)**, "Clinical and economic impact of pharmacist interventions on sampled outpatient prescriptions in a Chinese teaching hospital", BMC health services research, 18 (1), pp. 519-519.
  8. **Hope N H, Ray S M, Franks A S, Heidel E, (2010)**, "Impact of an educational intervention on steroid prescribing and dosing effect on patient outcomes in COPD exacerbations", Pharm Pract (Granada), 8 (3), pp. 162-166.
  9. **Hohl C M, Partovi N, Ghemment I, Wickham M E, et al, (2017)**, "Impact of early in-hospital medication review by clinical pharmacists on health services utilization", PLoS One, 12 (2), pp. e0170495.

## NGHIÊN CỨU HÌNH THÁI LÂM SÀNG CỦA CÁC KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM VÙNG MẶT DO CHẤN THƯƠNG

Nguyễn Hồng Lợi\*, Nguyễn Văn Khánh\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả hình thái lâm sàng của các khuyết hồng phần mềm vùng mặt do chấn thương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả đặc điểm các khuyết hồng phần mềm vùng mặt do chấn thương đến khám và điều trị tại Trung tâm Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Trung Ương Huế trong khoảng thời gian từ 03/2021 đến 10/2021. **Kết quả:** Khuyết hồng dạng elip chiếm đa số 46,9% kể đến hình tam giác chiếm 34,4%. Các khuyết hồng thường có bờ nhám nhở (30/32 trường hợp), tổ chức dập nát hoại tử và dị vật tổ chức (25/32 trường hợp). Khuyết hồng cho một đơn vị giải phẫu ở vùng má chiếm 84,4% cao nhất và khuyết hồng 2 đơn vị gập cao nhất vùng trán - lông mày 9,4%. Kích thước khuyết hồng có chiều dài từ 2,5 – 4cm chiếm tỷ lệ cao nhất (43,7%). Trong khi đó chiều rộng khuyết hồng trong khoảng 1–1,5cm chiếm tỷ lệ cao nhất 59,4%. **Kết luận:** Hiểu biết rõ được hình thái lâm sàng của các khuyết hồng phần mềm vùng mặt do chấn thương giúp xây dựng lên phương pháp tạo hình các khuyết hồng phần mềm vùng mặt mang lại hiệu quả cao.

**Từ khóa:** vết thương khuyết hồng vùng mặt, tạo hình vàng mặt.

### SUMMARY

*\*Trt Răng hàm mặt, Bệnh viện Trung ương Huế*  
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Lợi  
 Email: drloivietnam@yahoo.com.vn  
 Ngày nhận bài: 9.11.2021  
 Ngày phản biện khoa học: 30.12.2021  
 Ngày duyệt bài: 11.01.2022

### CLINICAL-MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SOFT TISSUE DEFECTS DUE TO FACIAL TRAUMA

**Purpose:** To describe the clinical-morphological characteristics of soft tissue defects in the facial region due to trauma. **Methods:** An observational study was conducted in patients with soft tissue defects in the facial region due to trauma who admitted in Odonto-Stomatology Center, Hue Central Hospital between March and October 2021. **Results:** Elliptical defects accounted for the majority 46.9%, followed by triangles accounted for 34.4%. The defects often have jagged edges (30/32 cases), necrotic tissue and foreign bodies (25/32 cases). The defect for one anatomical unit in the cheek area accounted for the highest 84.4% and the defect for 2 units was highest in the forehead - eyebrow area 9.4%. The size of the flaw is 2.5 - 4cm in length, accounting for the highest proportion (43.7%). Meanwhile, the gap width in the range of 1-1.5cm accounts for the highest rate of 59.4%. **Conclusion:** Understanding the clinical morphology of facial soft tissue injuries helps to develop a highly effective method of shaping facial soft tissue injuries.

**Keywords:** facial injuries, facial contouring.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuôn mặt là bộ phận thể hiện nét đặc trưng riêng của mỗi người và là nơi bộc lộ nhất của cơ thể, chính vì thế cũng là bộ phận dễ bị tổn thương nhất do nhiều nguyên nhân khác nhau như chấn thương, bỏng, viêm nhiễm... Trong đó phần mềm vùng hàm mặt là tổ chức chịu ảnh

hưởng đầu tiên và trực tiếp của các tác nhân với sự đa dạng về mức độ và hình thái tổn thương. Khuyết hồng phần mềm ở vùng mặt do chấn thương luôn chiếm tỉ lệ cao nhất trong các nguyên nhân gây ra khuyết hồng đã được nghiên cứu [1]. Tổn thương này ảnh hưởng đến chức năng sinh lý bảo vệ, ảnh hưởng đến cấu trúc giải phẫu, ảnh hưởng đến nhu cầu thẩm mỹ và quan hệ xã hội của bệnh nhân, tác động nặng nề đến tâm lý bản thân người bệnh cũng như người thân của họ. Vì vậy việc tạo hình lại những khuyết hồng phần mềm vùng hàm mặt luôn là một thách thức đối với các nhà phẫu thuật tạo hình.

Mỗi vị trí khuyết hồng có những đặc điểm cấu tạo và chức năng khác nhau, có vị trí việc tạo hình thật giản đơn nhưng có vị trí dù khuyết hồng nhỏ nhưng xử trí lại vô cùng phức tạp [2]. Nhằm góp phần tìm hiểu sâu hơn các chỉ định sử dụng kiểu vạt ở mỗi hình thái lâm sàng các khuyết hồng do chấn thương cho từng đơn vị thẩm mỹ của mặt chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mô tả hình thái lâm sàng của các khuyết hồng phần mềm vùng mặt do chấn thương.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng.** Bệnh nhân có khuyết hồng phần mềm vùng mặt do chấn thương đến khám và điều trị tại Trung tâm Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Trung Ương Huế trong khoảng thời gian từ 03/2021 đến 10/2021.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** (1) Tất cả các bệnh nhân có khuyết hồng phần mềm vùng mặt do nguyên nhân chấn thương có chỉ định tạo hình che phủ bằng vạt tại chỗ. (2) Không phân biệt tuổi và giới tính; (4) Có hồ sơ lưu trữ tại phòng hồ sơ.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Những trường hợp có chấn thương phối hợp có nguy cơ đe dọa tính mạng bệnh nhân như chấn thương sọ não, chấn thương ngực bụng.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu trên lâm sàng theo phương pháp mô tả.

Cỡ mẫu: 32 bệnh nhân. Chọn mẫu: theo mẫu thuận tiện, chọn những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn mẫu tham gia nghiên cứu

Phương tiện nghiên cứu: Bệnh án nghiên cứu được soạn theo mẫu thống nhất

**Bảng 3. Đặc điểm hình thái khuyết hồng (n=32)**

Đặc điểm hình thái	Có		Không		p
	N	%	n	%	
Bờ nham nhô	30	93,6	2	6,4	< 0,01
Dị vật tổ chức	25	78,1	7	21,9	
Chảy máu động mạch	11	33,4	21	66,6	
Tổ chức dập nát, hoại tử	25	78,1	7	21,9	

Đánh giá đặc điểm của thương tổn dựa theo các tiêu chí sau:

- Xác định vị trí tổn thương: Vùng mi mắt, mũi, môi trên, môi dưới, má.

- Xác định kích thước tổn thương: Chiều rộng, chiều dài, độ sâu của tổn thương.

- Số tiểu đơn vị giải phẫu thẩm mỹ bị ảnh hưởng: Một tiểu đơn vị hoặc từ hai tiểu đơn vị trở lên

**2.3. Phân tích và xử lý số liệu.** Số liệu nghiên cứu được mã hóa, nhập phân tích và xử lý bằng các thuật toán thống kê y học, sử dụng chương trình toán thống kê SPSS.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 03/2021 đến tháng 10/2021, chúng tôi khám, phẫu thuật và theo dõi kết quả điều trị cho 32 bệnh nhân có vết thương khuyết hồng phần mềm vùng mặt do chấn thương tại Trung tâm Răng Hàm Mặt bệnh viện Trung Ương Huế, thu được kết quả như sau:

**Bảng 1. Nguyên nhân khuyết hồng (n=32)**

Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ %	p
Tai nạn giao thông	24	75	< 0,05
Tai nạn sinh hoạt	7	21,9	
Tai nạn lao động	1	3,4	
<b>Tổng</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>-</b>

Nguyên nhân vết thương khuyết hồng phần mềm vùng mặt do chấn thương nhiều nhất là do tai nạn giao thông, chiếm tỷ lệ 75%; kế đến là do tai nạn sinh hoạt (21,9%). Có 1 trường hợp gây ra do tai nạn lao động, chiếm tỷ lệ 3,1%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 2. Hình dạng khuyết hồng (n=32)**

Hình dạng	Số lượng	Tỷ lệ %	p
Hình elip	15	46,9	> 0,05
Hình tròn	2	6,2	
Hình chữ nhật	3	9,4	
Hình tam giác	11	34,4	
Hình vuông	1	3,1	
<b>Tổng</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>-</b>

Khuyết hồng vùng mặt do chấn thương có hình thái dạng elip chiếm tỷ lệ cao nhất, 46,9%; kế đến là dạng hình tam giác (34,4%). Chúng tôi chỉ gặp 1 trường hợp có dạng hình vuông, chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,1%.

Đặc điểm lâm sàng hay gặp nhất trong nghiên cứu là bờ nham nhở với 30 trường hợp, chiếm tỷ lệ 93,6%. Tổ chức dập nát, hoại tử và dị vật tổ chức gặp ở 25 trường hợp, cùng chiếm tỷ lệ 78,1%. Chảy máu động mạch chiếm tỷ lệ thấp nhất, 33,4%.

**Bảng 4. Vị trí khuyết hồng theo đơn vị giải phẫu (n=32)**

Đơn vị giải phẫu		Số lượng	Tỷ lệ %
Một đơn vị giải phẫu	Vùng trán	7	21,9
	Vùng lông mày	1	3,1
	Vùng mũi	1	3,1
	Vùng má	8	25
	Vùng môi trên	6	18,8
	Vùng môi dưới	1	3,1
	Vùng cằm	3	9,4

Hai đơn vị giải phẫu	Vùng trán - lông mày	3	9,4
	Vùng mi dưới - má	1	3,1
	Vùng môi - má	1	3,1
<b>Tổng</b>		<b>32</b>	<b>100</b>

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khuyết hồng vùng mặt ở một đơn vị giải phẫu gặp 81 trường hợp, chiếm tỷ lệ 84,4%; nhiều hơn khuyết hồng chiếm hai đơn vị giải phẫu vùng mặt (15,6%). Khuyết hồng vùng mặt chiếm một đơn vị giải phẫu thường gặp nhất là ở vùng má, chiếm tỷ lệ 26%; kế đến là vùng trán (25%); thấp nhất là các khuyết hồng ở vùng lông mày, vùng mũi và vùng môi dưới đều chiếm tỷ lệ 1,0%. Khuyết hồng vùng mặt chiếm hai đơn vị giải phẫu thường gặp nhất là vùng trán - lông mày, chiếm tỷ lệ 9,4%; thấp nhất là khuyết hồng ở vùng mi dưới - má (chiếm 2,1%).

**Bảng 5. Vị trí khuyết hồng với cấu trúc ba tầng mặt (n=32)**

Tầng mặt	Giới tính	Nam		Nữ		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Tầng mặt trên		7	29,2	4	50	11	34,4
Tầng mặt giữa		8	33,3	1	12,5	9	28,1
Tầng mặt dưới		9	37,5	3	37,5	12	37,5
p		> 0,05					
<b>Tổng</b>		<b>24</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Khuyết hồng vùng mặt do chấn thương ở tầng mặt dưới chiếm tỷ lệ cao nhất, 37,5%; tầng mặt trên chiếm 34,4%; tầng mặt giữa thấp nhất 28,1%. Không có sự khác biệt giữa nam và nữ về tỷ lệ khuyết hồng phân bố ở 3 tầng mặt (p > 0,05)

**Bảng 6. Chiều dài khuyết hồng với cấu trúc ba tầng mặt (n=32)**

Chiều dài(cm)	Tầng mặt trên		Tầng mặt giữa		Tầng mặt dưới		Tổng		
	N	%	n	%	N	%	n	%	
≤ 2	2	18,2	3	33,3	4	33,3	9	28,1	
2,5 - 4	5	45,5	4	44,4	5	41,7	14	43,7	
4,5 - 6	3	27,3	2	22,3	2	16,7	7	21,9	
> 6	1	9	0	0	1	8,3	2	6,3	
p		> 0,05							
<b>Tổng</b>		<b>11</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Trong 32 khuyết hồng vùng mặt do chấn thương, chiều dài khuyết hồng từ 2,5 - 4cm chiếm tỷ lệ cao nhất (43,7%); kế đến là khuyết hồng ≤ 2cm (chiếm 28,1%). Chúng tôi gặp 2 trường hợp có chiều dài > 6cm (chiếm 6,3%). Khuyết hồng ở tầng mặt trên và tầng mặt dưới có chiều dài từ 2,5 - 4cm chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 45,5% và 44,4%. Đối với khuyết hồng ở tầng mặt giữa, chiều dài thường gặp nhất là ≤ 2cm 33,3% và từ 2,5 - 4cm 41,7%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ chiều dài khuyết hồng giữa 3 tầng mặt (p > 0,05).

**Bảng 7. Chiều rộng khuyết hồng (n=32)**

Chiều rộng(cm)	Số lượng	Tỷ lệ %	p
≤ 0,5	2	6,3	< 0,01
1 - 1,5	19	59,4	
2 - 2,5	9	28,1	

≥ 3	2	6,2
<b>Tổng</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Chiều rộng khuyết hồng trong khoảng 1 - 1,5cm chiếm tỷ lệ cao nhất, 59,4%; kế đến là 2 - 2,5cm, chiếm tỷ lệ 28,1%. Chiều rộng khuyết hồng ≥ 3 cm chiếm tỷ lệ thấp nhất, 6,2% (p < 0,01).

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Phân bố khuyết hồng theo nguyên nhân.** Kết quả nghiên cứu có tỷ lệ vết thương khuyết hồng tổ chức vùng hàm mặt do tai nạn giao thông chiếm chủ yếu (tỷ lệ 75%), trong đó xe máy là phương tiện gây tai nạn nhiều nhất.

Các nghiên cứu của các tác giả khác cho kết quả tương tự cho thấy tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu dẫn tới chấn thương hàm mặt như: Phạm Văn Liệu (Bệnh viện Việt Tiệp,

Hải Phòng, 1997 – 2004) 73,2% [3]; Nguyễn Quang Hải, Nguyễn Toại (Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế, Thừa Thiên Huế, 2003 - 2005) là 63,04% [4]; Nguyễn Hồng Hà (Bệnh viện Việt Đức, Hà Nội, 2004 – 2008) là 81,1%; Lê Thanh Huyền, Hoàng Tiến Công (Bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên – 2011) 73,4% [5]; Vũ Thị Dự, Nguyễn Hồng Hà (Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, Hà Nội - 2016) là 85,9% [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân do tai nạn sinh hoạt chiếm tỷ lệ 21,9%. Ở nước ta, nguyên nhân tai nạn sinh hoạt đứng thứ hai sau tai nạn giao thông. Phạm Văn Liệu (1997 – 2004) ghi nhận tỷ lệ này là 21,1% [3]. Nghiên cứu Nguyễn Quang Hải, Nguyễn Toại (2005) ghi nhận tỷ lệ chấn thương hàm mặt do đánh nhau chiếm 17,39%; do té ngã chiếm 9,24% [4]. Lê Thanh Huyền, Hoàng Tiến Công (2011) cho thấy tỷ lệ chấn thương hàm mặt do tai nạn sinh hoạt chiếm 12,3% [6]. Vũ Thị Dự, Nguyễn Hồng Hà (2016) cho kết quả nguyên nhân do tai nạn sinh hoạt chiếm 9,4%; tất cả đều do bị chém bằng dao hoặc mã tấu [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân do tai nạn lao động gặp 1 trường hợp, chiếm tỷ lệ 3,4 %.

Một số nghiên cứu cho kết quả tương tự: Nguyễn Văn Liệu (1997 – 2004) là 3%; Nguyễn Quang Hải, Nguyễn Toại (2005) là 6,53% [4]; Nguyễn Tiến Huy (2011) là 2,8% [6]. Nguyên nhân này chiếm số ít trong các chấn thương hàm mặt vì ngày nay với sự công nghiệp hóa, hiện đại hóa nên phương tiện bảo hộ lao động ngày càng phát triển. Tai nạn lao động chỉ xảy ra khi người lao động sơ ý, hoặc không tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc bảo hộ lao động.

**4.2. Đặc điểm hình thái của khuyết hồng.** Kết quả cho thấy, khuyết hồng vùng mặt do chấn thương có hình thái dạng elip chiếm tỷ lệ cao nhất, 46,9%; kế đến là dạng hình tam giác (34,4%). Chúng tôi chỉ gặp 1 trường hợp có dạng hình vuông, chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,1%.

Nghiên cứu của Trần Xuân Phú (2011) nghiên cứu trên 64 bệnh nhân có khuyết hồng phần mềm vùng mặt cho thấy khuyết hồng có dạng elip chiếm 51,5% [2]. Tác giả nhận thấy những vết thương hình elip hay hình tròn dưới 3cm giúp cho phẫu thuật viên có nhiều phương pháp chọn lựa vật tại chỗ tối ưu để đóng kín khuyết hồng.

Trong nghiên cứu chúng tôi, đặc điểm lâm sàng hay gặp nhất trong nghiên cứu là bờ nham nhở với 30 trường hợp, chiếm tỷ lệ 93,6%. Tổ chức dập nát, hoại tử và dị vật tổ chức gặp ở 25 trường hợp, cùng chiếm tỷ lệ 78,1%. Chảy máu động mạch chiếm tỷ lệ thấp nhất, 33,4%.

Nguyên nhân là do trong nghiên cứu của chúng tôi, khuyết hồng do tai nạn giao thông ở vùng nông thôn chiếm chủ yếu, nơi có cơ sở hạ tầng giao thông xuống cấp, đường xá nhiều cát sạn, đất đá nên bệnh nhân bị tai nạn giao thông thường có vết thương phức tạp với bờ nham nhở, tổ chức dập nát, nhiều dị vật.

Các dị vật ở vết thương dễ làm thay đổi màu sắc da nếu không được làm sạch do đó nguyên tắc trong xử lý vết thương phần mềm là cần rửa sạch bằng nước muối sinh lý pha betadin, nhỏ, gắp bỏ dị vật ở các vết thương có kích thước nhỏ. Đối với vết thương lớn, cần cọ xát với gạc hoặc dùng thìa nạo để làm sạch dưới gây mê. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn đều được phẫu thuật dưới gây mê, việc loại bỏ dị vật được tiến hành triệt để nhằm giảm nguy cơ nhiễm trùng cũng như mang lại kết quả thẩm mỹ tốt, giảm thiểu sẹo xấu, nhiễm màu trên bề mặt da.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khuyết hồng vùng mặt ở một đơn vị giải phẫu theo phân chia của Gonzaler – Ulloa thường gặp nhất với 27 trường hợp, chiếm tỷ lệ 84,4%; trong đó vùng má chiếm tỷ lệ cao nhất 25%; kế đến là vùng trán, chiếm 21,9%. Khuyết hồng ở hai đơn vị giải phẫu vùng mặt chiếm tỷ lệ thấp hơn, 15,6%; thường gặp nhất là vùng trán - lông mày, chiếm tỷ lệ 9,4%.

Một số nghiên cứu khác cũng cho thấy kết quả tương tự. Nghiên cứu của Nguyễn Tiến Huy (2011) nghiên cứu trên 107 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ vết thương phần mềm vùng mặt từ 2 đơn vị giải phẫu chiếm tỷ lệ 26% [6]. Nguyễn Văn Dân, Đỗ Văn Tú (2019) ghi nhận các khuyết hồng phần mềm vùng mặt chiếm một đơn vị giải phẫu có tỷ lệ 81,2%, hay gặp nhất là vùng trán và vùng má với tỷ lệ 28,1% và 25%; tỷ lệ khuyết hồng ở hai đơn vị giải phẫu là 18,8% [7].

Nghiên cứu của Trần Xuân Phú (2011) cũng cho thấy vùng má chiếm tỷ lệ cao nhất 18,7% [2]. Lê Thanh Huyền, Hoàng Tiến Công (2011) ghi nhận trong các vết thương phần mềm vùng mặt thì vùng má chiếm tỷ lệ cao nhất 24,5% [5]. Nghiên cứu Nguyễn Thị Trà My (2016) của cho thấy vùng trán chiếm tỷ lệ cao nhất 34,1%.

Anna R. Johnson (2018) nghiên cứu tổng quan ghi nhận vật tại chỗ thích hợp để đóng khuyết hồng vùng quanh miệng và được mô tả trong 67% các nghiên cứu [8].

Kết quả cho thấy, trong 32 khuyết hồng vùng mặt do chấn thương, chiều dài khuyết hồng từ 2,5 – 4cm chiếm tỷ lệ cao nhất (43,7%); kế đến là khuyết hồng ≤ 2cm (chiếm 28,1%). Chúng tôi gặp

2 trường hợp có chiều dài > 6cm (chiếm 6,3%).

Chiều rộng khuyết hồng trong khoảng 1 – 1,5cm chiếm tỷ lệ cao nhất, 59,4%; kể đến là 2 – 2,5cm, chiếm tỷ lệ 28,1%. Chiều rộng khuyết hồng  $\geq$  3 cm chiếm tỷ lệ thấp nhất, 6,2% ( $p < 0,01$ ).

Một số nghiên cứu cho kết quả tương tự. Tác giả Trần Xuân Phú (2011) cho kết quả chiều dài khuyết hồng vùng mặt 2 – 2,5 cm và chiều rộng 1 – 1,5 cm chiếm tỷ lệ cao nhất trong mẫu nghiên cứu [2].

## V. KẾT LUẬN

Khuyết hồng dạng elip chiếm đa số 46,9% kể đến hình tam giác chiếm 34,4%. Các khuyết hồng thường có bờ nhám nhở (30/32 trường hợp), tổ chức dậm nát hoại tử và dị vật tổ chức (25/32 trường hợp). Khuyết hồng cho một đơn vị giải phẫu ở vùng má chiếm 84,4% cao nhất và khuyết hồng 2 đơn vị gặp cao nhất vùng trán – lông mày 9,4%. Kích thước khuyết hồng có chiều dài từ 2,5 – 4cm chiếm tỷ lệ cao nhất (43,7%). Trong khi đó chiều rộng khuyết hồng trong khoảng 1 – 1,5cm chiếm tỷ lệ cao nhất 59,4%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Thị Dự, Nguyễn Hồng Hà, Đặng Triệu Hùng (2017), "Kết quả ứng dụng phân loại vết thương phần mềm phức tạp hàm mặt theo

MOXAIC tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 2009 - 2016". Tạp chí Y - Dược học quân sự, 8: tr.115 - 120.

- Trần Xuân Phú (2012), Nghiên cứu hình thái lâm sàng và kết quả phẫu thuật tạo hình các tổn khuyết phần mềm vùng mặt bằng vật tại chỗ, Luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y dược Huế.
- Phạm Văn Liệu (2011), "Dịch tễ học gây xương hàm dưới nghiên cứu trong 8 năm tại bệnh viện Việt Tiệp, Hải Phòng". Y học thực hành, 748: tr.49 - 52.
- Nguyễn Quang Hải, Nguyễn Toại (2006), "Tình hình chấn thương hàm mặt điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện trường Đại học Y khoa Huế (từ 11/2003 - 11/2005)". Tập san thông tin Y học Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Huế.
- Lê Thanh Huyền, Hoàng Tiến Công (2011), Tình hình chấn thương răng hàm mặt điều trị tại bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên năm 2011. Tạp chí Khoa học và Công nghệ, 89: tr.270 - 275.
- Nguyễn Tiến Huy (2011), Đánh giá tình hình sử dụng kỹ thuật tạo hình trong điều trị chấn thương phần mềm hàm mặt tại bệnh viện đa khoa Saint Paul, in Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Nguyễn Dân Dân, Đỗ Văn Tú (2020) Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình tổn khuyết phần mềm vùng mặt bằng vật tại chỗ và vật lân cận tại bệnh viện Quân y 175. Tạp chí Y Dược thực hành, 21: tr.71 - 78.
- Johnson AR, Egeler SA, Wu WW, et al. (2019), "Facial reconstruction after Mohs surgery: a critical review of defects involving the cheek, forehead, and perioral region". Journal of Craniofacial Surgery, 30: p.400-407.

## TÌNH TRẠNG NHA CHU VÀ NHU CẦU ĐIỀU TRỊ Ở TRẺ 5, 12 TUỔI DÂN TỘC THÁI Ở HUYỆN CON CUÔNG, TỈNH NGHỆ AN NĂM 2015

Vi Việt Cường<sup>1</sup>, Phạm Quốc Hùng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm đánh giá tình trạng nha chu ở trẻ 5, 12 tuổi dân tộc Thái tại huyện Con Cuông, tỉnh Nghệ An. Nghiên cứu được hoàn thành vào tháng 5/2015 với 473 trẻ 5 tuổi tại 9 trường mầm non và 476 trẻ 12 tuổi tại 9 trường trung học cơ sở. Nghiên cứu theo phương pháp điều tra và phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2013. Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ chảy máu nướu xếp loại trung bình với 21,8% ở trẻ 5 tuổi và 43,1% ở trẻ 12 tuổi. Tỷ lệ vôi răng là 6,3% ở trẻ 5 tuổi và 68,7% ở trẻ 12 tuổi. Tỷ lệ mảng bám là 52,2% ở trẻ 5 tuổi và 81,3% ở trẻ 12 tuổi. Trung bình sextant vôi răng là 0,11 ở trẻ 5 tuổi và 1,42 ở trẻ 12 tuổi; vôi răng phần lớn ở 1/3 bề mặt răng về phía cổ răng. Trung bình sextant mảng

bám là 1,37 ở trẻ 5 tuổi và 2,36 ở trẻ 12 tuổi. Điểm số OHI-S của trẻ 5 tuổi xếp loại tốt ( $0,32 \pm 0,42$ ); không có sự chênh lệch giữa trẻ nam và nữ; mảng bám chiếm phần lớn, chỉ số PI cao hơn so với chỉ số CI. Điểm số OHI-S của trẻ 12 tuổi xếp loại khá ( $1,54 \pm 0,66$ ). Chỉ số PI nam ( $0,71 \pm 0,28$ ) cao hơn nữ ( $0,55 \pm 0,28$ ), chỉ số OHI-S nam ( $1,69 \pm 0,68$ ) cao hơn nữ ( $1,38 \pm 0,64$ ) có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Tất cả các trẻ cần được hướng dẫn, chăm sóc vệ sinh răng miệng. Có 68,7% trẻ 12 tuổi cần được cạo vôi răng.

**Từ khóa:** nha chu, nhu cầu điều trị, trẻ năm tuổi, trẻ 12 tuổi

### SUMMARY

#### SITUATION OF PERIODONTITIS AND TREATMENT NEEDS IN THAI CHILDREN AGED 5 AND 12 YEAR-OLD, IN CON CUONG DISTRICT, NGHE AN PROVINCE IN 2015

A cross-sectional descriptive study was implemented to assess periodontitis and treatment needs among children aged 5 and 12 years of Thai ethnic group in Con Cuong district, Nghe An province. The study was completed in May 2015 with 473

<sup>1</sup>Đại học Quốc tế Hồng Bàng

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vi Việt Cường

Email: vivietcuongdr05@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.12.2021

Ngày duyệt bài: 12.01.2022