

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN CÓ CHỈ ĐỊNH CẮT BÁN PHẦN XƯƠNG HÀM TRÊN TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI

Lê Đức Thành[✉], Phạm Đức Giang, Đàm Minh Tuấn, Nguyễn Thanh Huyền

Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh tiến cứu phân tích đặc điểm lâm sàng của 24 bệnh nhân có tổn thương xương hàm trên gồm cả lành tính và ác tính. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $45,5 \pm 15,14$ tuổi, chủ yếu trong nhóm 30 - 60 tuổi, tỷ lệ nam và nữ tương đương. Phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm lao động tự do. Nhóm tổn thương ác tính có xu hướng gặp ở bệnh nhân lớn tuổi hơn so với nhóm lành tính. Đa số trường hợp nhập viện do triệu chứng cơ năng với kích thước tổn thương dưới 5 cm. Ngược lại, ở nhóm vào viện vì ảnh hưởng chức năng và thẩm mỹ, tổn thương kích thước ≥ 5 cm chiếm ưu thế và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuy nhiên, chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kích thước tổn thương và bản chất lành tính hay ác tính của tổn thương ($p > 0,05$).

Từ khóa: Tổn thương xương hàm trên, tuổi, loại tổn thương, kích thước tổn thương.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xương hàm trên là thành phần trung tâm của bộ xương mặt, nâng đỡ mô mềm phủ phía ngoài khuôn mặt và đóng vai trò quan trọng trong chức năng ăn nhai, phát âm, hô hấp cũng như thẩm mỹ khuôn mặt.¹ Bên cạnh ý nghĩa về mặt chức năng, cấu trúc này còn ảnh hưởng trực tiếp đến diện mạo và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Trong điều trị các khối u lành tính xâm lấn và u ác tính vùng xương hàm trên, phẫu thuật cắt bán phần xương hàm trên vẫn là phương pháp điều trị quan trọng nhằm loại bỏ tổn thương và cải thiện tiên lượng cho người bệnh.²

Những năm gần đây, cùng với sự gia tăng của các bệnh lý ung thư vùng đầu cổ, số lượng bệnh nhân cần phẫu thuật cắt xương hàm ngày càng tăng.³ Theo GLOBOCAN 2020, ung thư đầu cổ là nhóm ung thư đứng thứ 7 trên thế giới, với 50% nguyên nhân xuất phát từ khoang miệng, nhiều trường hợp xâm lấn vùng hàm

trên cần kiểm soát bằng phẫu thuật cắt xương hàm trên.⁴ Phẫu thuật cắt bán phần xương hàm trên để lại khuyết hổng lớn vùng hàm mặt, có thể gây mất liên tục giữa khoang miệng - mũi - xoang, từ đó ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng và chất lượng cuộc sống của người bệnh.⁵ Đồng thời, đặc điểm lâm sàng của các bệnh lý vùng hàm trên rất đa dạng khiến việc đánh giá, lập kế hoạch điều trị và phục hồi chức năng sau phẫu thuật trở thành thách thức lớn đối với phẫu thuật viên.

Tại Việt Nam hiện nay, các nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân phẫu thuật cắt bán phần xương hàm trên còn tương đối hạn chế. Nghiên cứu của Trịnh Hùng Mạnh và cộng sự (2023) đã bước đầu mô tả một số đặc điểm lâm sàng, yếu tố nguy cơ và mô bệnh học của các tổn thương vùng hàm mặt cần phẫu thuật cắt xương hàm trên.⁶ Tuy nhiên, các dữ liệu về đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân này vẫn còn chưa đầy đủ, đặc biệt là thông tin liên quan đến lý do vào viện, kích thước tổn thương và mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng với bản chất tổn thương. Do đó, việc bổ

Tác giả liên hệ: Lê Đức Thành

Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Email: dr.lethanh1982@gmail.com

Ngày nhận: 18/05/2026

Ngày được chấp nhận: 22/06/2026

sung cơ sở dữ liệu về đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân có chỉ định cắt bỏ phần xương hàm trên là cần thiết, không chỉ hỗ trợ định hướng điều trị và nâng cao hiệu quả phục hồi chức năng sau phẫu thuật mà hơn thế là góp phần còn giúp đưa ra các khuyến cáo hiệu quả nhằm phát hiện sớm các tổn thương bất thường vùng hàm mặt, tránh để lại những khuyết hổng lớn sau điều trị. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cắt bỏ

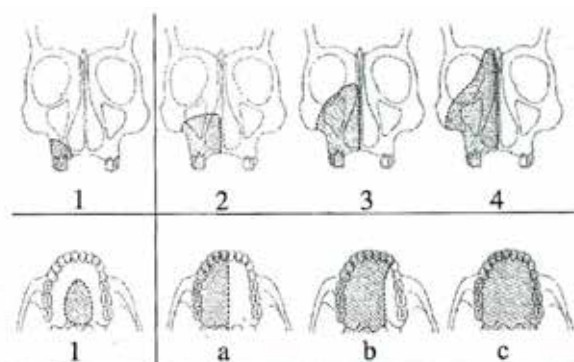
phần xương hàm trên tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội thời gian từ 01/2023 đến 12/2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán là u, nang xương hàm trên có chỉ định cắt bỏ phần: loại I, II, III theo phân loại về tổn khuyết xương hàm trên của Brown (2000).⁷



Hình 1. Phân loại tổn khuyết xương hàm trên theo Brown

- Được điều trị tại Khoa Phẫu Thuật Hàm Mặt, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội thời gian từ 01/2023 - 12/2025.

- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Không đủ điều kiện sức khỏe tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh.

Cỡ mẫu là 24 bệnh nhân với đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ: Tổng số bệnh nhân có tổn thương xương hàm trên trong giai đoạn nghiên cứu là 40 bệnh nhân trong đó có 35 bệnh nhân có chỉ định cắt bỏ phần. 11 bệnh nhân bị loại với các lý do: bệnh lý toàn thân không đáp

ứng, chống chỉ định phẫu thuật chung, người nhà và bệnh nhân không lựa chọn phẫu thuật.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Phẫu Thuật Hàm Mặt, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. Thời gian nghiên cứu từ 01/2023 - 12/2025.

Phương pháp thu thập thông tin:

Những bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn tương đồng về kiểu phẫu thuật cắt bỏ phần xương hàm trên sẽ được ghi nhận trong bệnh án nghiên cứu các thông tin như sau: thông tin chung, tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng và cận lâm sàng. Đánh giá trên khám lâm sàng và cận lâm sàng: kích thước tổn thương.

Công cụ thu thập thông tin:

+ Phiếu thu thập số liệu (bệnh án).

+ Phim CT Scanner.

Thu thập số liệu

Các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cắt bán phần xương hàm trên: phân loại I, II, III theo phân loại tổn khuyết xương hàm trên của Brown (2000). Biến nghiên cứu: tuổi, giới, nghề nghiệp, lý do vào viện, kích thước, loại tổn thương, triệu chứng cơ năng, ảnh hưởng chức năng và thẩm mỹ.

Đánh giá kích thước tổn thương được thực hiện trên phim CT Scanner ở ba mặt phẳng Axial và Coronal để đánh giá chiều ngang và chiều dọc của tổn thương. Hai bác sĩ phẫu thuật hàm mặt có kinh nghiệm tiến hành đo đạc độc lập. Kết quả được đối chiếu giữa hai người đọc, những trường hợp có sự khác biệt trong đánh giá sẽ được thảo luận để đi đến thống nhất. Trường hợp chưa đạt được sự đồng thuận, kết quả cuối cùng được xác định sau khi tham khảo ý kiến của một bác sĩ thứ ba có kinh nghiệm trong lĩnh vực phẫu thuật hàm mặt và chẩn đoán hình ảnh.

Phương pháp phân tích số liệu

Các phiếu nghiên cứu và bệnh án nghiên cứu được kiểm tra, số liệu được mã hóa và nhập vào xử lý bằng thuật toán thống kê trên phần mềm SPSS 27.0. Các biến định tính (giới tính, nghề nghiệp, lý do vào viện, loại và kích thước tổn thương) được mô tả bằng tần số (n) và tỷ lệ phần trăm (%). Biến định lượng (tuổi) được đánh giá bằng kiểm định Shapiro-Wilk để trình bày dưới dạng Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị). Xét mối liên quan giữa các biến định tính (bảng chéo 2x2): sử dụng kiểm định Fisher's Exact Test do cỡ mẫu nhỏ. Kết quả được minh họa qua các bảng số liệu và biểu đồ.

Sai số có thể gặp:

+ Sai số chọn mẫu: Nghiên cứu sử dụng

phương pháp chọn mẫu thuận tiện với cỡ mẫu tương đối nhỏ tại một cơ sở điều trị chuyên khoa, do đó kết quả có thể chưa phản ánh đầy đủ đặc điểm của toàn bộ bệnh nhân có chỉ định cắt bán phần xương hàm trên. Để hạn chế sai số này, nghiên cứu thu nhận liên tiếp tất cả các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian diễn ra nghiên cứu.

+ Sai số thông tin do thu thập từ hồ sơ bệnh án: Các bệnh án nghiên cứu được xem lại ngay sau khi thu thập, được chỉnh sửa, bổ sung đầy đủ.

+ Sai số đo kích thước tổn thương trên phim: sai số đo lường có thể được khắc phục bằng cách đo nhiều lần, lấy trung bình cộng giữa các lần đo.

+ Sai số do phân loại lý do vào viện: Lý do vào viện và phân loại tổn thương được phân loại dựa trên các tiêu chí thống nhất trong bệnh án. Các trường hợp chưa rõ được kiểm tra lại hồ sơ bệnh án trước khi mã hóa dữ liệu.

+ Sai số do nhóm bệnh rất không đồng nhất, gồm cả tổn thương lành tính và ác tính: lành tính và ác tính dựa vào kết quả mô bệnh học của sinh thiết khối u trước phẫu thuật cắt bỏ bán phần.

3. Đạo đức nghiên cứu

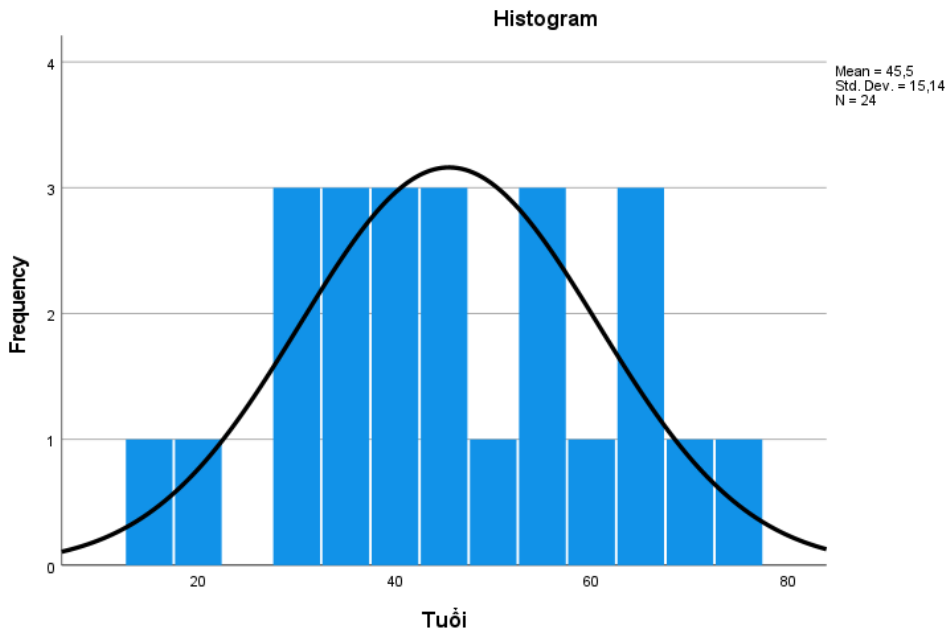
Người bệnh được thăm khám, hỏi bệnh và chỉ định cận lâm sàng cần thiết để đưa ra chẩn đoán chính xác. Tất cả người bệnh đều được khám và tư vấn theo đúng phác đồ điều trị tiêu chuẩn đã được thông qua tại Khoa Phẫu Thuật Hàm Mặt, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. Người bệnh đồng ý điều trị cũng được mời tham gia nghiên cứu. Người bệnh có thể yêu cầu ngừng tham gia nghiên cứu tại bất kỳ thời điểm nào mà không bị ảnh hưởng đến quá trình điều trị của họ. Các bệnh án nghiên cứu đều được mã số hóa và bảo mật, chỉ sử dụng với mục đích nghiên cứu và cung cấp cho các cơ quan có thẩm quyền.

III. KẾT QUẢ

Tổng số bệnh nhân có tổn thương xương hàm trên trong giai đoạn nghiên cứu là 40 bệnh nhân trong đó có 35 bệnh nhân có chỉ định cắt bán phần. Sau đó 11 bệnh nhân bị loại với các lý do: bệnh lý toàn thân không đáp ứng, chống

chỉ định phẫu thuật chung, người nhà và bệnh nhân không lựa chọn phẫu thuật. Cuối cùng đưa vào phân tích 24 bệnh nhân.

1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu



Biểu đồ 1. Phân bố độ tuổi của bệnh nhân tổn thương xương hàm trên

Tuổi bệnh nhân có giá trị trung bình $45,5 \pm 15,14$ tuổi ($n = 24$). Phân bố tuổi trên biểu đồ histogram tương đối đối xứng và gần phân bố chuẩn, với đa số trường hợp nằm trong khoảng 30 - 60 tuổi.

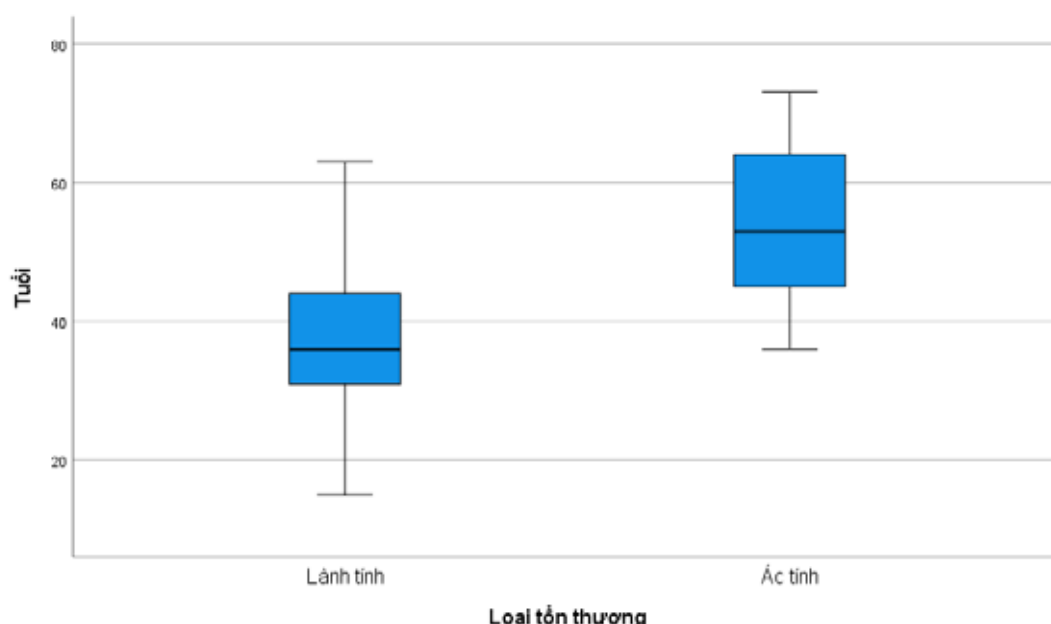
Bảng 1. Một số đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Giới tính		Vị trí tổn thương			Khám sức khỏe định kỳ	
Nam	Nữ	Bên phải	Bên trái	Ở giữa	Thường xuyên	Không thường xuyên
12 (50%)	12 (50%)	10 (41,67%)	13 (54,17%)	1 (4,16%)	5 (20,83%)	19 (79,17%)
n = 24						

Tỷ lệ nam và nữ tương đương nhau, mỗi nhóm gồm 12 trường hợp (50,0%). Về vị trí tổn thương, tổn thương gặp nhiều nhất ở bên trái với 13 trường hợp (54,17%), tiếp theo là bên phải với 10 trường hợp (41,67%), trong khi vị trí ở giữa chỉ ghi nhận 1 trường hợp (4,16%).

Về thói quen khám sức khỏe định kỳ, đa số đối tượng không khám sức khỏe định kỳ thường xuyên với 19 trường hợp (79,17%), trong khi chỉ có 5 trường hợp (20,83%) khám sức khỏe định kỳ thường xuyên.

2. Tuổi và loại tổn thương xương hàm trên



Biểu đồ 2. Tương quan giữa tuổi và loại tổn thương xương hàm trên

Ở nhóm lành tính, độ tuổi bệnh nhân dao động khá rộng, từ khoảng 15 đến 63 tuổi, trong đó 50% trường hợp tập trung trong khoảng 31 - 44 tuổi. Đối với nhóm ác tính, độ tuổi dao động từ khoảng 36 đến 73 tuổi, với 50% số

bệnh nhân nằm trong khoảng 45 - 64 tuổi. Nhìn chung, phân bố tuổi của nhóm u ác tính có xu hướng cao hơn rõ rệt so với nhóm lành tính.

2. Lý do vào viện và kích thước tổn thương

Bảng 2. Lý do vào viện và kích thước tổn thương

Lý do vào viện x Kích thước tổn thương	< 5 cm	≥ 5 cm	Tổng n (%)
Triệu chứng cơ năng	17 (89,5%)	2 (10,5%)	19 (79,2%)
Ảnh hưởng chức năng và thẩm mỹ	2 (40,0%)	3 (60,0%)	5 (20,8%)
Tổng n (%)	19 (79,2%)	5 (20,8%)	24 (100%)

$p = 0,042$

Trong nghiên cứu, đa số bệnh nhân vào viện khi kích thước tổn thương < 5 cm và chủ yếu do triệu chứng cơ năng (89,5%). Ngược lại, ở nhóm vào viện vì ảnh hưởng chức năng và thẩm mỹ, tổn thương ≥ 5 cm chiếm tỷ lệ cao

hơn (60,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này cho thấy các tổn thương kích thước lớn có khả năng gây ảnh hưởng chức năng và biến dạng thẩm mỹ rõ rệt hơn.

3. Kích thước tổn thương và loại tổn thương

Bảng 3. Kích thước tổn thương và loại tổn thương

Kích thước tổn thương (cm) x Loại tổn thương	Lành tính n (%)	Ác tính n (%)	Tổng n (%)	p = 1,00
< 5 cm	10 (52,6%)	9 (47,4%)	19 (79,2%)	
≥ 5 cm	3 (60,0%)	2 (40,0%)	5 (20,8%)	
Tổng n (%)	13 (54,2%)	11 (45,8%)	24 (100%)	

Đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ tổn thương lành tính và ác tính khá tương đồng (1,18:1), tổn thương có kích thước < 5 cm và ≥ 5 cm là 3,8:1. Trong nhóm tổn thương < 5 cm, tỷ lệ tổn thương lành tính và ác tính tương đối đồng đều, lần lượt là 52,6% và 47,4%. Đối với nhóm tổn thương ≥ 5 cm, lành tính chiếm 60,0% và ác tính chiếm 40,0%. Tuy nhiên, sự khác biệt về loại tổn thương giữa các nhóm kích thước chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 45,5 tuổi, trong đó phần lớn tập trung trong khoảng 30 - 60 tuổi. Mặc dù chúng tôi chỉ lựa chọn bệnh nhân theo vị trí tổn thương ở xương hàm trên mà không theo loại tổn thương cụ thể theo mô bệnh học nhưng phân bố tuổi của nhóm vẫn phù hợp với đặc điểm dịch tễ của nhiều loại tổn thương thường gặp ở xương hàm trên đã được ghi nhận trong y văn, bao gồm cả tổn thương lành tính và ác tính. Một số tổn thương lành tính thường gặp như u do răng (odontogenic tumours) có độ tuổi trung bình khoảng 32 tuổi, u xương (osteoma) khoảng 42 tuổi, hay u xơ xương-xê măng cốt hoá (cemento-ossifying fibroma) thường gặp ở nhóm 20 - 30 tuổi.^{8,9} Trong khi đó, các tổn thương ác tính như sarcoma xương hàm thường gặp ở bệnh nhân trên 30 tuổi, chondrosarcoma phổ biến trong độ tuổi 30 - 40, còn ung thư biểu mô (carcinoma) thường xuất

hiện nhiều hơn ở nhóm 45 - 65 tuổi.¹⁰

Giới tính trong nghiên cứu phân bố đồng đều 1:1. Điều này có thể lý giải do loạt ca bệnh là các loại tổn thương khác nhau, có tỷ lệ giới khác biệt rõ rệt và ngay cả các nghiên cứu dịch tễ về cùng một loại tổn thương cũng cho ra kết quả trái chiều, có thể kể đến như nghiên cứu về u xương do răng của Leorik-Pereira da Silva (2016) đưa ra kết quả nữ: nam là 1,3:1, trên tổng 289 bệnh nhân, nhưng với chủ đề và cỡ mẫu gần tương đồng là 266, Ahmed O Lawal (2013) lại nhận định rằng tỷ lệ nam cao hơn nữ.^{11,12} Từ đó có thể thấy tỷ lệ giới tính trong tổn thương xương hàm trên chỉ mang tính chất tương đối.

Cỡ mẫu nghiên cứu có 24 bệnh nhân, là những trường hợp có tổn thương được chỉ định cắt bán phần xương hàm trên và trong nhóm này đa số là người lao động không thường xuyên khám sức khỏe định kỳ. Xu hướng này có thể được lý giải là do nhóm đối tượng này ít có khám sức khỏe định kỳ, tính chất công việc không ổn định cũng có thể khiến việc tiếp cận dịch vụ y tế bị trì hoãn, dẫn đến thời điểm phát hiện bệnh muộn hơn và thường chỉ đến cơ sở y tế khi tổn thương đã gây đau, biến dạng hoặc ảnh hưởng chức năng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu về hành vi tìm kiếm chăm sóc sức khỏe của Sarah Basharat (2019) chỉ các yếu tố làm chậm phát hiện bệnh gồm thiếu nhận thức bệnh, khó tiếp cận y tế và điều kiện tài chính hay như kết luận của Mamta Agrawal

(2016) trong nghiên cứu về kiến thức triệu chứng và tri hoãn khám bệnh trên 1635 bệnh nhân rằng người hiểu biết triệu chứng tốt hơn sẽ ít trì hoãn khám hơn.^{13,14}

Đối với nhóm ác tính, 50% số bệnh nhân nằm trong khoảng 45 - 64 tuổi, nằm trong khoảng độ tuổi nguy cơ mắc các loại u ác tính vùng miệng và hàm mặt theo báo cáo TongZhou (2018) có cỡ mẫu lên tới 3382 bệnh nhân là từ 51 đến 70 tuổi.¹⁵ Ở nhóm lành tính, độ tuổi bệnh nhân tập trung trong khoảng 31 - 44 tuổi, tương tự với độ tuổi trung bình là 39,5 tuổi trong nghiên cứu của Adnan Killinc (2017) với 709 khối u lành tính và tổn thương giống u vùng miệng hàm mặt.¹⁶ Từ đó, có thể thấy phân bố tuổi của nhóm ác tính có xu hướng cao hơn rõ rệt so với nhóm lành tính. Ngoài ra, tuổi trung vị của nhóm ác tính cao hơn mức tứ phân vị trên của nhóm lành tính, cho thấy các tổn thương ác tính có xu hướng thường gặp ở bệnh nhân lớn tuổi hơn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn các tổn thương kích thước dưới 5 cm được phát hiện khi bệnh nhân mới xuất hiện triệu chứng cơ năng (89,5%), trong khi tỷ lệ vào viện do ảnh hưởng chức năng và thẩm mỹ ở nhóm này thấp hơn. Điều này gợi ý rằng ở giai đoạn sớm, trước khi gây biến dạng vùng hàm mặt hoặc rối loạn chức năng rõ rệt, tổn thương thường biểu hiện bằng các triệu chứng cơ năng như đau, khó chịu hoặc sưng nhẹ, từ đó khiến bệnh nhân đi khám sớm hơn. Trong khi đó các tổn thương có kích thước ≥ 5 cm thường liên quan nhiều hơn đến rối loạn chức năng và biến dạng thẩm mỹ, có thể được giải thích bởi khi khối u phát triển với kích thước lớn, tổn thương không chỉ khu trú tại xương mà còn có xu hướng lan rộng, gây phá hủy các cấu trúc giải phẫu lân cận như xoang hàm, khẩu cái, ổ mắt hoặc cung răng, làm thay đổi hình dạng khuôn mặt và ảnh hưởng đến các hoạt động chức năng như ăn nhai, nuốt, phát âm cũng như khớp cắn. Kết luận trên phù hợp với nghiên cứu của Dongmo và cộng sự (2026),

trong đó các khối tổn thương xương hàm có kích thước lớn (4 - 10 cm và > 10 cm) thường đi kèm các biểu hiện như bất đối xứng mặt, sai khớp cắn, rối loạn nhai, nuốt và phát âm.¹⁷ Tương tự, Pucci (2024) cũng ghi nhận rằng các khối u xương hàm trên lan rộng thường gây hậu quả chức năng và thẩm mỹ đáng kể sau điều trị, đặc biệt ở những trường hợp cần phẫu thuật cắt bỏ diện rộng.¹⁸ Những kết quả này cho thấy kích thước tổn thương là một yếu tố có giá trị trong đánh giá mức độ ảnh hưởng lâm sàng của tổn thương xương hàm trên, việc phát hiện và điều trị sớm đóng vai trò quan trọng nhằm hạn chế sự lan rộng của tổn thương, giảm mức độ phá hủy cấu trúc giải phẫu và cải thiện kết quả chức năng, thẩm mỹ sau điều trị.

Nghiên cứu cho thấy ở cả hai nhóm kích thước tổn thương (< 5 cm và ≥ 5 cm), tỷ lệ tổn thương lành tính và ác tính không có sự khác biệt rõ rệt. Cụ thể, trong nhóm tổn thương < 5 cm, tỷ lệ tổn thương lành tính và ác tính tương đối tương đồng (52,6% và 47,4%), trong khi ở nhóm tổn thương ≥ 5 cm, tổn thương lành tính chiếm tỷ lệ cao hơn nhẹ (60,0% so với 40,0%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Mặc dù, chưa quan sát thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê, nhưng với cỡ mẫu nhỏ, nghiên cứu chưa đủ khả năng loại trừ sự tồn tại của mối liên quan giữa kích thước tổn thương và bản chất mô bệnh học của khối u trong nghiên cứu. Trên thực tế, có những kết luận rằng các tổn thương lành tính thường được phát hiện ở kích thước lớn hơn so với tổn thương ác tính do tiến triển chậm và ít triệu chứng trong giai đoạn đầu.¹⁷ Ngược lại, tổn thương ác tính thường gây biểu hiện lâm sàng sớm như đau, tê hoặc phá hủy chức năng, khiến bệnh nhân đi khám khi tổn thương còn tương đối nhỏ.¹⁹ Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu nhấn mạnh rằng việc phân biệt tổn thương lành tính và ác tính cần phối hợp nhiều yếu tố như đặc điểm bờ tổn thương, mức độ phá hủy xương,

xâm lấn mô mềm và kết quả mô bệnh học, thay vì chỉ dựa vào kích thước tổn thương.²⁰

HẠN CHẾ NGHIÊN CỨU

Một số hạn chế của nghiên cứu như cỡ mẫu nhỏ, phương pháp chọn mẫu thuận tiện và thiết kế đơn trung tâm có thể ảnh hưởng đến tính đại diện và khả năng khái quát hóa của kết quả. Ngoài ra, sự không đồng nhất của nhóm bệnh và việc thiếu phân tích mô bệnh học chi tiết có thể là những yếu tố gây nhiều tiềm tàng. Tuy nhiên, do tổn thương với chỉ định này ít gặp nên dù như vậy nghiên cứu vẫn có giá trị về mặt khoa học và mở đường cho nhiều nghiên cứu tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tổn thương xương hàm trên gặp chủ yếu ở nhóm tuổi 30-60, với trung bình là 45,5 tuổi, không có sự khác biệt về giới, đối tượng không thường xuyên khám sức khỏe định kỳ gặp 3,8 lần nhóm khám thường xuyên (70,17% và 20,83%), tỷ lệ tổn thương lành tính và ác tính là 1,18:1, tổn thương có kích thước < 5 cm và ≥ 5 cm là 3,8:1. Mặc dù kết quả cho thấy nhóm tổn thương ác tính có xu hướng xuất hiện ở bệnh nhân lớn tuổi hơn so với nhóm lành tính, nhưng do cỡ mẫu nhỏ, khả năng suy rộng cho quần thể không cao. Đa số đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm lao động không thường xuyên khám sức khỏe định kỳ, từ đó có thể đưa ra giả thiết rằng hiểu biết về sức khỏe và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế ảnh hưởng đến việc phát hiện bệnh. Các tổn thương kích thước lớn (≥ 5 cm) thường liên quan nhiều hơn đến rối loạn chức năng và biến dạng thẩm mỹ vùng hàm mặt. Tuy nhiên, chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kích thước tổn thương và bản chất lành tính hay ác tính của khối u. Việc chẩn đoán cần phối hợp giữa lâm sàng, hình ảnh học và mô bệnh học để đánh giá chính xác tổn thương.

KHUYẾN NGHỊ

Cần nâng cao nhận thức cộng đồng và khuyến khích thăm khám sớm các bất thường (khối sưng, đau, biến dạng) vùng hàm mặt, đặc biệt ở nhóm lao động không thường xuyên khám sức khỏe định kỳ, có khả năng tiếp cận y tế hạn chế. Cần lưu ý các tổn thương ở bệnh nhân lớn tuổi do có xu hướng liên quan nhiều hơn đến tổn thương ác tính. Các tổn thương kích thước lớn hoặc đã gây ảnh hưởng chức năng, thẩm mỹ cần được phát hiện và điều trị sớm. Tuy nhiên do còn những hạn chế trong nghiên cứu nên cần nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm, có phân tích mô bệnh học và kết quả phục hồi chức năng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bender-Heine A, Wax MK. Reconstruction of the Midface and Palate. *Semin Plast Surg.* 2020; 34(02): 077-085. doi:10.1055/s-0040-1709470.
2. Gilbert RW. Reconstruction of the oral cavity; past, present and future. *Oral Oncol.* 2020; 108: 104683. doi:10.1016/j.oraloncology.2020.104683.
3. Gormley M, Creaney G, Schache A, Ingarfield K, Conway DI. Reviewing the epidemiology of head and neck cancer: definitions, trends and risk factors. *Br Dent J.* 2022; 233(9): 780-786. doi:10.1038/s41415-022-5166-x.
4. Barsouk A, Aluru JS, Rawla P, Saginala K, Barsouk A. Epidemiology, Risk Factors, and Prevention of Head and Neck Squamous Cell Carcinoma. *Med Sci.* 2023; 11(2): 42. doi:10.3390/medsci11020042.
5. Teixeira CR, Rodrigues WL, Groetaers E. Oral rehabilitation with removable partial denture in a patient undergoing partial maxillectomy: a case report.
6. Mạnh TH, Hùng NT, Nhạ HV, Chiến NV.

Một số kết quả sớm tạo hình khuyết hổng xương hàm trên bằng nẹp titan, vạt xương bả, vật liệu y sinh peek (polyether ether ketone) trong phẫu thuật u có cắt xương hàm trên. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 524(2). Published online 2023.

7. Brown JS, Rogers SN, McNally DN, Boyle M. A modified classification for the maxillectomy defect. *Head Neck*. 2000; 22(1): 17-26. doi:10.1002/(SICI)1097-0347(200001)22:1<17::AID-HED4>3.0.CO;2-2.

8. Oluwarotimi AC, Ogundana OM, Gbotolorun OM, James O, Adebule O. Odontogenic Tumours: A Clinicopathologic Appraisal of Cases seen in a Nigerian Tertiary Hospital using 2017 WHO Classification. *West Afr J Med*. 2023; 40(9): 914-919.

9. Merve Semerci Z, Günen Yılmaz S. Exploring the age and gender-based distribution of paranasal sinus osteomas using cone beam computed tomography: A retrospective cross-sectional study. *Heliyon*. 2024; 10(15): e35222. doi:10.1016/j.heliyon.2024.e35222.

10. Hồng Nhung N, Văn Sơn L. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng ung thư khoang miệng. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 510(1). doi:10.51298/vmj.v510i1.1891.

11. Da Silva L, Serpa M, Tenorio J, Do Nascimento G, De Souza-Andrade E, Veras-Sobral A. Retrospective study of 289 odontogenic tumors in a Brazilian population. *Med Oral Patol Oral Cirurgia Bucal*. Published online 2016: e271-e275. doi:10.4317/medoral.21029.

12. Lawal Ao, Adisa Ao, Olusanya Aa. Odontogenic tumours: A review of 266 cases. *J Clin Exp Dent*. Published online 2013:e13-7. doi:10.4317/jced.50949.

13. Basharat S, Shaikh BT, Rashid HU, Rashid M. Health seeking behaviour, delayed presentation and its impact among oral cancer patients in Pakistan: a retrospective qualitative

study. *BMC Health Serv Res*. 2019; 19(1): 715. doi:10.1186/s12913-019-4521-3.

14. Agrawal M, Pandey S, Jain S, Gupta T, Sheoran J, Khan TS. Help seeking behavior and predictors of patient delay after symptom appraisal for oral cancer and perceived barriers. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol*. 2016; 28(4): 362-365. doi:10.1016/j.ajoms.2016.02.003.

15. Zhou T, Jia YH, Bi Y, Li BQ, Zhao XY, Zhang ZB. A retrospective clinical study of 3 382 cases of malignant oral maxillofacial tumors. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi Zhonghua Kouqiang Yixue Zazhi Chin J Stomatol*. 2018; 53(7): 480-483. doi:10.3760/cma.j.issn.1002-0098.2018.07.010.

16. Kilinc A, Saruhan N, Gundogdu B, Yalcin E, Ertas U, Urvasizoglu G. Benign tumors and tumor-like lesions of the oral cavity and jaws: An analysis of 709 cases. *Niger J Clin Pract*. 2017; 20(11): 1448-1454. doi:10.4103/1119-3077.187309.

17. Dongmo ANL, Ngokwe ZB. Maxillofacial sequelae as a function of treatment type and histology in benign jaw tumors. *JPRAS Open*. 2026; 49: 428-437. doi:10.1016/j.jpra.2026.03.006.

18. Pucci R, Cassoni A, Weyh A, et al. Transoral versus transfacial surgical approach to maxillary tumors: evaluation of outcomes and perspectives. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2024; 53(2): 101-108. doi:10.1016/j.ijom.2023.05.006.

19. Ida M, Tetsumura A, Kuribayashi A, Okada N, Kurabayashi T. A clinicoradiological study of odontogenic carcinomas and their impact on clinical diagnosis. *Dentomaxillofac Radiol*. 2012; 41(7): 594-600. doi:10.1259/dmfr/16944751.

20. Fiaschetti V, Fanucci E, Rascioni M, Ottria L, Barlattani A, Simonetti G. Jaw expansive lesions: population incidence and CT dental scan role. *Oral Implantol*. 2011; 3(3): 2-10.

Summary

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS UNDERGOING PARTIAL MAXILLECTOMY AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO-STOMATOLOGY

This study described the clinical characteristics of 24 patients with maxillary bone lesions, both benign and malignant. The mean age of the patients was 45.5 ± 15.14 years old, with most patients were within 30–60-year old. The male-to-female ratio was approximately equal. Most patients were freelance workers. Patients with malignant lesions tended to be older than those with benign lesions. The majority of patients hospitalized due to functional symptoms had lesion sizes smaller than 5 cm. In contrast, among patients admitted because of functional and esthetic impairment, lesions measuring ≥ 5 cm were predominant, and the difference was statistically significant ($p < 0.05$). However, no statistically significant association was found between lesion size and the benign or malignant nature of the lesions ($p > 0.05$).

Keywords: Maxillary bone lesions, age, lesion type, lesion.