

chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Tỷ lệ trẻ mắc sởi có biến chứng là 54,58%. Các yếu tố làm tăng tỷ lệ mắc là: thời gian đến cơ sở y tế muộn (OR=1,26; p=0,02); không tiêm ngừa sởi (OR=4,36; p<0,001). Các yếu tố làm giảm tỷ lệ mắc là: nhóm tuổi lớn (OR=0,74; P=0,01); trẻ không bị suy dinh dưỡng (OR=0,61; p=0,03); không tiếp xúc với người mắc sởi (OR=0,49; p<0,001).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Thị Trang Đài, Nguyễn Ngọc Rạng, Nguyễn Thị Thu Ba, (2021) "Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng và một số yếu tố liên quan đến biến chứng của bệnh sởi ở trẻ em tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ", Tạp chí y Dược Cần Thơ, 39, tr:77-84.
2. Nguyễn Ngọc Rạng và cộng sự (2021), "Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan đến sởi có biến chứng ở trẻ em tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ", Tạp chí y học Việt Nam, 503(1), tr: 64-67.
3. Nguyen Van Sam, Pham Nhat An, (2020), "Measles complications in children at the Viet Nam national children's hospital 2019 and some related factors", Vietnam journal of pediatrics 13(6), pp: 55-62.
4. Dardis MR, (2012) "A review of Measles", J Sch Nurs, 28, pp:9-12.
5. Farhana Rahat, AFM Abiduzzaman, Morsheda Khanam, Ahmed Murtaza Choudhury, (2022), "Socio-demographic Profile and Complications of Measles in Children: A Hospital Based Study", DS (Child) H J, 38(2), pp: 84-88.
6. Kobaidze K, Wallace G, (2017) "Forgotten but not gone: Update of measles infection for hospitals", Journal of Hospital Medicine, 2, pp: 472-76.

## KHẢO SÁT HUYẾT KHỐI MỐI TĨNH MẠCH SÂU CHI DƯỚI Ở BỆNH NHÂN CÓ BỆNH NỘI KHOA CẤP TÍNH

Đỗ Thị Thanh Bình<sup>1,2</sup>, Đinh Thị Thu Hương<sup>2</sup>, Đỗ Doãn Lợi<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSCD) là vấn đề lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân (BN) có bệnh nội khoa cấp tính, triệu chứng lâm sàng không điển hình và có liên quan với một số yếu tố nguy cơ. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới và tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ của HKTMSCD ở bệnh nhân có bệnh nội khoa cấp tính tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả. **Kết quả:** Phần lớn các trường hợp huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở BN nội khoa cấp tính không có triệu chứng lâm sàng. Trong nhóm có triệu chứng lâm sàng, triệu chứng đau chân [Dấu hiệu Homans (+)] hay gặp nhất. HKTMSCD xuất hiện nhiều nhất ở đoạn gần (62,5%); hầu hết là huyết khối bám ở chân van tĩnh mạch (76,8%), huyết khối gây tắc không hoàn toàn (82,1%). Các yếu tố nguy cơ độc lập của HKTMSCD ở bệnh nhân có bệnh nội khoa cấp tính là: Bất động OR: 5,2; (95%CI: 1,2-8,9); Suy tim NYHA IV OR: 2,3; (95%CI: 1,2-5,4); Suy hô hấp: OR: 3,5; (95%CI: 2,3-5,9). **Kết luận:** Phần lớn các trường hợp huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở BN nội khoa cấp tính không có triệu chứng lâm sàng. Trong nhóm có triệu chứng lâm sàng, hay gặp nhất là triệu chứng đau chân [Dấu hiệu Homans (+)]. HKTMSCD xuất hiện nhiều nhất ở đoạn gần, hầu hết là huyết khối bám ở chân van tĩnh mạch, gây tắc không hoàn toàn. Các yếu

tố nguy cơ độc lập của HKTMSCD ở bệnh nhân nội khoa cấp tính là: Bất động, suy tim NYHA IV, suy hô hấp. **Từ khóa:** Huyết khối tĩnh mạch sâu, yếu tố nguy cơ.

#### SUMMARY

#### STUDYING DEEP VEIN THROMBOSIS IN ACUTE MEDICAL INPATIENTS

**Background:** Deep vein thrombosis (DVT) is frequent clinical problem in acute medical inpatients, clinical symptoms atypical, association with risk factors. **Objectives:** Studying the clinical and paraclinical characteristics of deep vein thrombosis and risk factors for DVT in acute medical diseases. **Methods:** A descriptive study was performed in Hải Dương Province General Hospital between August 2023 and August 2024. **Results:** The majority of cases of deep vein thrombosis in acute medical inpatients is asymptomatic. A positive Homans's sign is the most common clinical symptoms of symptomatic deep vein thrombosis. Location of thrombi: 62,5% of thrombi was at proximal, thrombi at the root of valve accounted for 76,8%, most of deep vein thrombosis was blocked incompletely (82,1%). The immobility, congestive heart failure NYHA IV, respiratory failure was associated with DVT in acute medical diseases with OR: 5,2; (95%CI: 1,2-8,9); OR: 2,3; (95%CI: 1,2-5,4); OR: 3,5; (95%CI: 2,3 -5,9). **Conclusion:** The majority of cases of deep vein thrombosis in acute medical inpatients is asymptomatic. A positive Homans's sign is the most common clinical symptoms of symptomatic deep vein thrombosis. The characteristic of deep vein thrombosis was common in proximal and blocked incompletely. The immobility, congestive heart failure NYHA IV, respiratory failure was associated with DVT in acute medical inpatients.

**Keywords:** Deep vein thrombosis, DVT, Risk factors

<sup>1</sup>Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Thanh Bình

Email: dr.thanhbinh86@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSCD) là tình trạng bệnh lý liên quan đến việc hình thành cục máu đông trong lòng các tĩnh mạch sâu gây tắc nghẽn một phần hoặc hoàn toàn dòng máu trong lòng tĩnh mạch. Bệnh có thể dẫn đến các biến chứng cấp tính đe dọa tính mạng như thuyên tắc phổi hay để lại những di chứng nặng nề như hội chứng hậu huyết khối gây loét chân mạn tính, ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Tại Mỹ, ước tính có khoảng 900.000 ca mắc huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới mỗi năm, trong đó 50-60% các trường hợp mắc huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới trong thời nằm viện, và cứ mỗi 37s có 1 bệnh nhân tử vong do thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch<sup>1</sup> (TTHKTM). Triệu chứng điển hình nhất của bệnh là sưng đau một bên chân chỉ có ở khoảng 20 - 50% số bệnh nhân<sup>2</sup>. Ở bệnh nhân có bệnh nội khoa cấp tính, tỷ lệ được phát hiện triệu chứng này còn thấp hơn nhiều do bị lu mờ bởi bệnh cấp tính đi kèm. Do đó, việc xác định các yếu tố nguy cơ và tầm soát để phát hiện sớm, dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở bệnh nhân nội khoa cấp tính là vấn đề thực sự quan trọng.

**Mục tiêu nghiên cứu.** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới và tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ của HKTMSCD trên bệnh nhân có bệnh nội khoa cấp tính tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** BN nhập viện vào các khoa nội: Tim mạch, Hô hấp, Tiêu hóa, Đột quỵ, Lão khoa, Thận, Hồi sức tích cực – Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương trong thời gian từ tháng 08/2023 đến tháng 08/2024 vì bệnh lý nội khoa cấp tính và dự kiến phải nằm viện ít nhất 7 ngày.

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả.

### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán một trong các bệnh nội khoa cấp tính sau: Suy tim NYHA III/IV; Đột cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; Nhiễm trùng cấp (Viêm phổi, Nhiễm khuẩn tiêu hóa); Nhồi máu não; Hội chứng thận hư; Viêm khớp dạng thấp.

- Dự kiến nằm điều trị  $\geq 7$  ngày.

- Bệnh nhân hoặc người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

### Tiêu chuẩn loại trừ

- Tiền sử huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới hoặc thuyên tắc phổi trong vòng 12 tháng trước.

- Đang sử dụng hoặc dự kiến sử dụng các biện pháp dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu

chi dưới bằng thuốc như: Heparin không phân đoạn, Heparin trọng lượng phân tử thấp, hay thuốc chống đông đường uống.

- Đang sử dụng thuốc chống đông (heparin không phân đoạn, heparin trọng lượng phân tử thấp, thuốc chống đông kháng vitamin K, thuốc chống đông đường uống không kháng Vitamin K) để điều trị bệnh nội khoa không phải huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới.

- Vừa trải qua phẫu thuật lớn hay chấn thương nặng trong vòng 3 tháng trước và phải nhập viện.

**Tiêu chuẩn chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới.** Siêu âm doppler hệ tĩnh mạch sâu chi dưới: có huyết khối mới trong lòng tĩnh mạch.

**Quy trình nghiên cứu:** Thực hiện siêu âm Doppler tĩnh mạch chi dưới lần 1 vào ngày thứ 3 sau nhập viện, ghi nhận các bệnh nhân có huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới. Những bệnh nhân không phát hiện HKTMSCD được siêu âm lần 2 vào ngày thứ 7 $\pm$ 1 sau nhập viện, ghi nhận các bệnh nhân có huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới. Mô tả đặc điểm lâm sàng, vị trí của huyết khối, các yếu tố nguy cơ HKTMSCD.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong quá trình nghiên cứu từ tháng 8/2023 đến tháng 8/2024, chúng tôi đã phát hiện được 56 bệnh nhân nội khoa cấp tính có huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới.

### Đặc điểm sinh trắc học

Giới tính: Nam 62,5%; Nữ 37,5%.

Tuổi trung bình: 72,06  $\pm$  8,65 tuổi.

**Đặc điểm chỉ số khối cơ thể BMI (kg/m<sup>2</sup>):** BMI trung bình là 21,59  $\pm$  3,38. Hơn một nửa số BN có BMI bình thường (57,1%). BN béo phì BMI  $\geq 25$  chiếm 10,7%.

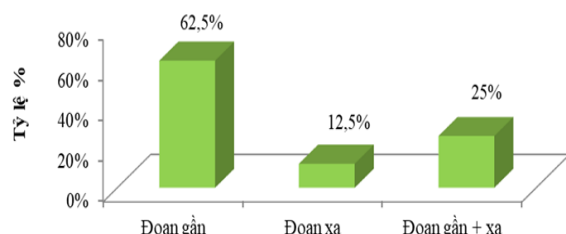
**Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở bệnh nhân nội khoa cấp tính**

Triệu chứng lâm sàng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Biểu hiện triệu chứng (n=56)	Có	16	28,6
	Không	40	71,4
Đau chân [Dấu hiệu Homans(+), (n=56)]		10	17,9
Triệu chứng	Sưng chân (n=56)	5	8,9
	Tăng nhiệt độ da (n=56)	8	14,3

**Bảng 2: Phân bố theo vị trí bầm và mức độ gây tắc mạch của huyết khối trên siêu âm**

Đặc điểm		Số lượng (n=56)	Tỷ lệ (%)
Vị trí bầm	Chân van	43	76,8%

	Bám thành	13	23,2%
Mức độ gây tắc mạch	Tắc hoàn toàn	10	17,9%
	Tắc không hoàn toàn	46	82,1%



**Biểu đồ 2: Phân đoạn tĩnh mạch bị huyết khối**

**Bảng 3: Phân tích hồi quy logistic đa biến liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở bệnh nhân có bệnh nội khoa cấp tính**

Yếu tố nguy cơ	OR	95% CI	p
Tuổi $\geq 70$	0,8	0,5-2,6	$> 0,05$
<b>Bất động</b>	5,2	1,2-8,9	$< 0,05$
Ung thư	4,1	0,9 - 8,3	$> 0,05$
Hút thuốc lá	2,6	1,1-7,8	$> 0,05$
<b>Suy tim NYHA IV</b>	2,3	1,2 - 5,4	$< 0,05$
Đợt cấp COPD	1,02	0,6 - 5,8	$> 0,05$
<b>Suy hô hấp</b>	3,5	2,3 - 5,9	$< 0,05$
Nhiễm trùng cấp	1,5	0,9 - 6,2	$> 0,05$
Nhồi máu não	0,9	0,5 - 2,8	$> 0,05$
Hội chứng thận hư	1,9	0,8 - 6,2	$> 0,05$
Viêm khớp dạng thấp	0,5	0,2 - 3,6	$> 0,05$

#### IV. BÀN LUẬN

**Đặc điểm lâm sàng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở bệnh nhân nội khoa cấp tính.** Trong số 56 BN mắc huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, chỉ có 16 BN có biểu hiện lâm sàng (chiếm 28,6%). Trong đó, triệu chứng đau chân [Dấu hiệu Homans (+)] chiếm tỷ lệ cao nhất 17,9%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của nhiều tác giả khác trong và ngoài nước thấy tỷ lệ BN có triệu chứng lâm sàng thấp. Thêm vào đó, các triệu chứng lâm sàng này rất kín đáo, dễ trùng lặp với triệu chứng của các bệnh lý nội khoa cấp tính nên rất dễ bị bỏ sót. Nghiên cứu của Raskob và cs trên BN nội khoa cấp tính nhận thấy ở nhóm có HKTMSCD, tỷ lệ BN không triệu chứng chiếm tới 90,8% và có liên quan rõ rệt với tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân<sup>3</sup>.

#### **Phân đoạn tĩnh mạch bị huyết khối.**

Phần lớn BN có huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới đoạn gần (62,5%). Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của các tác giả: Đặng Văn Phước<sup>4</sup>, Nguyễn Văn Trí<sup>5</sup>. Song trái ngược với nghiên cứu của một số tác giả nước

ngoài như: Teruel thấy đa số là HKTMSCD đoạn xa<sup>6</sup>. Sở dĩ có sự khác biệt là do thời điểm siêu âm trong nghiên cứu của các tác giả này là 72h sau nhập viện, trong khi nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh nhân được phát hiện HKTMSCD ở lần siêu âm thứ 2 sau nhập viện 7 ngày. Theo tác giả Kearon huyết khối ban đầu được hình thành ở vùng bắp chân nếu không được điều trị 25% di chuyển đến tĩnh mạch đoạn gần trong 1 tuần<sup>7</sup>.

**Phân bố theo vị trí bám và mức độ gây tắc mạch của huyết khối trên siêu âm.** Hầu hết các trường hợp là huyết khối mới bám ở chân van tĩnh mạch (chiếm tỷ lệ 76,8%). Huyết khối gây tắc không hoàn toàn chiếm đa số (82,1%), chỉ có 10/56 BN (chiếm 17,9%) huyết khối gây tắc hoàn toàn, đều là những BN có huyết khối đoạn xa. Vị trí bám của huyết khối chủ yếu tại chân van tĩnh mạch và tỷ lệ huyết khối gây tắc hoàn toàn thấp cũng đã giải thích phần nào cho việc ít xuất hiện triệu chứng lâm sàng của HKTMSCD ở BN nội khoa cấp tính. Điều này một lần nữa nhấn mạnh vai trò của siêu âm tầm soát và dự phòng HKTMSCD ở bệnh nhân nguy cơ cao.

#### **Liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ và HKTMSCD ở bệnh nhân nội khoa cấp tính**

**Bất động.** Phân tích đa biến cho thấy bất động là yếu tố nguy cơ độc lập của HKTMSCD với OR: 5,2; (95%CI: 1,2-8,9);  $p < 0,05$ . Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Sartori và cộng sự ghi nhận bất động là yếu tố nguy cơ độc lập, làm tăng nguy cơ HKTMSCD ở BN nội khoa cấp tính lên 2,4 lần<sup>8</sup>. Bất động kéo dài gây ra tình trạng ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch, khi máu chảy rất chậm trong lòng mạch, ứ trệ tại các xoang van tĩnh mạch, thrombin và các yếu tố đông máu vẫn được tạo ra thường xuyên. Khi số lượng các yếu tố này đủ lớn, quá trình đông máu sẽ được khởi động tạo thành huyết khối.

**Suy tim NYHA III/IV.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy suy tim NYHA IV là yếu tố nguy cơ độc lập của HKTMSCD với OR: 2,3; (95%CI: 1,2-5,4);  $p < 0,05$ . Nghiên cứu của Zhu và cs tại Trung Quốc cũng nhận thấy tỷ lệ HKTMSCD cao nhất ở bệnh nhân suy tim NYHA IV và nguy cơ HKTM tương quan với mức độ nghiêm trọng của suy tim<sup>9</sup>. Tình trạng giảm cung lượng tim, suy thất phải, bất động do khó thở ở bệnh nhân suy tim nặng NYHA III/IV gây ứ trệ máu tĩnh mạch ở tuần hoàn ngoại vi, làm tăng áp lực tĩnh mạch, căng giãn thành tĩnh mạch giảm oxy mô tại chỗ kết hợp với tình trạng thiếu oxy cấp tính ở bệnh nhân suy tim nặng gây hoạt

hóa hệ thống thần kinh thể dịch dẫn đến hoạt hóa tế bào nội mô, đẩy mạnh hoạt hóa và kết dính tiểu cầu/bạch cầu đơn nhân, hoạt hóa hệ thống đông máu, hình thành fibrin.

**Suy hô hấp.** Theo nghiên cứu của chúng tôi suy hô hấp là yếu tố nguy cơ độc lập của HKTMSCD với OR: 3,5; (95%CI: 2,3 – 5,9);  $p < 0,05$ . So sánh với các tác giả khác trên thế giới, kết quả chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Bovik và cs trên bệnh nhân đợt cấp COPD thấy COPD có suy hô hấp làm tăng nguy cơ HKTMSCD lên 2 lần<sup>10</sup>. Bệnh nhân nhập viện vì đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có suy hô hấp có nguy cơ cao bị HKTMSCD do có nhiều yếu tố nguy cơ khác đi kèm như: tình trạng bất động, tuổi cao, hút thuốc lá, nhiễm trùng, bệnh lý ác tính nền, suy thất phải.

## V. KẾT LUẬN

Phần lớn các trường hợp huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở BN nội khoa cấp tính không có triệu chứng lâm sàng. Trong nhóm có triệu chứng lâm sàng, hay gặp nhất là triệu chứng đau chân [Dấu hiệu Homans (+)]. HKTMSCD xuất hiện nhiều nhất ở đoạn gần, hầu hết là huyết khối bám ở chân van tĩnh mạch, gây tắc không hoàn toàn. Các yếu tố nguy cơ độc lập của HKTMSCD ở BN có bệnh nội khoa cấp tính là: Bất động (OR; 5,2); Suy tim NYHA IV (OR: 2,3); Suy hô hấp (OR: 3,5).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. CDC. Data and Statistics on Venous Thromboembolism. Venous Thromboembolism

- (Blood Clots). May 22, 2024.
2. Lutsey PL, Zakai NA (2023). Epidemiology and prevention of venous thromboembolism. *Nat Rev Cardiol*; 20(4):248-262.
3. Raskob GE, Spyropoulos AC, Cohen AT, et al (2021). Association Between Asymptomatic Proximal Deep Vein Thrombosis and Mortality in Acutely Ill Medical Patients. *Journal of the American Heart Association*;10(5)
4. Đặng Văn Phước, Phạm Gia Khải, Nguyễn Lân Việt, Nguyễn Văn Trí, Đinh Thị Thu Hương (2010). Huyết khối tĩnh mạch sâu: Chẩn đoán bằng siêu âm Duplex trên bệnh nhân nội khoa nhập viện, *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, Số 55 Tr.24-36
5. Nguyễn Văn Trí (2016). Khảo sát huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới không triệu chứng trên bệnh nhân nhồi máu não nằm viện, *Tạp chí Tim mạch học, Hội Tim mạch học thành phố Hồ Chí Minh*.
6. Teruel SY, Oviedo JC, Fuciños LC, et al (2012). Proximal and distal deep venous thrombosis in critically ill patients: incidence and prevalence. *Critical Care*;16(Suppl 1):P418
7. Kearon C, Julian JA, Newman TE, Ginsberg JS (1998). Noninvasive diagnosis of deep venous thrombosis. In: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-Assessed Reviews, Centre for Reviews and Dissemination
8. Sartori M, Favaretto E, Cosmi B (2021). Relevance of immobility as a risk factor for symptomatic proximal and isolated distal deep vein thrombosis in acutely ill medical inpatients. *Vasc Med*;26(5):542-548.
9. Zhu R, Hu Y, Tang L (2017). Reduced cardiac function and risk of venous thromboembolism in Asian countries. *Thrombosis Journal*;15(1):12.
10. Børvik T, Brækkan SK, Enga K (2016). COPD and risk of venous thromboembolism and mortality in a general population. *European Respiratory Journal*;47(2):473-481.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X-QUANG VÀ MÔ BỆNH HỌC TỔN THƯƠNG XƯƠNG – SỢI Ở XƯƠNG HÀM

Nguyễn Thị Anh Tú<sup>1</sup>, Võ Đức Tuyển<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Kim Chi<sup>1</sup>, Lê Trung Chánh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tổn thương xương – sợi ở xương hàm là những tổn thương lành tính đặc trưng bởi mô xương bình thường được thay thế bởi mô đệm sợi và các chất khoáng hóa. Hiểu rõ các triệu chứng lâm sàng, X-quang và mô bệnh học của các tổn thương

này góp phần quan trọng trong chẩn đoán cũng như đưa ra phương pháp điều trị thích hợp cho bệnh nhân.

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, X-quang và mô bệnh học của bệnh nhân có tổn thương xương – sợi ở xương hàm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, cắt ngang mô tả được thực hiện trên bệnh nhân có tổn thương xương – sợi ở xương hàm đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 22 bệnh nhân loạn sản sợi (LSS) và 11 bệnh nhân u sợi sinh xương (USSX). Tuổi khởi phát trung bình ở nhóm LSS ( $17,2 \pm 8,1$  tuổi) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm USSX ( $25,3 \pm 12,3$  tuổi) ( $p < 0,05$ ). Tất cả bệnh nhân đều có biểu hiện sưng mặt, trong khi đi

<sup>1</sup>Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Chi

Email: drnguyenchifos@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025