

## CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH MAXILLOFACIAL INFECTION CAUSED BY DENTAL AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2022-2024

Dau Duc Thanh<sup>1\*</sup>, Phan Thi Thuc Anh<sup>1</sup>, Dau Le Thuy<sup>1</sup>  
Nguyen Viet Anh<sup>2</sup>, Dang Dinh Quang<sup>2</sup>, Vuong Thi To Uyen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Nghe An General Friendship Hospital - Km5, Lenin avenue, Vinh city, Nghe An province, Vietnam

<sup>2</sup>Hanoi University of Business and Technology - 29A, lane 124, Vinh Tuy street, Hai Ba Trung district, Hanoi, Vietnam

Received: 11/02/2025

Revised: 22/5/2025; Accepted: 04/6/2025

### ABSTRACT

**Objective:** To describe clinical and paraclinical characteristics of patients with maxillofacial infections caused by teeth treated at the Department of Maxillofacial, Nghe An General Friendship Hospital, in 2022-2024.

**Subject and methods:** Cross-sectional descriptive study on 42 patients diagnosed and treated for maxillofacial infections caused by teeth at the Department of Maxillofacial, Nghe An General Friendship Hospital from January 2022 to March 2024. The study subjects had their medical history taken, clinical examination, and X-rays taken to record the research indicators.

**Results:** The study subjects were mainly in the age group of 21-40, with a male/female ratio  $\approx 1/1$ ; the most common cause was from the dental pulp (66.7%), followed by periodontitis (28.6%) and periodontitis (4.7%). Clinically, the main signs of maxillofacial infections due to teeth were swelling (100%), pain (100%), lymphadenopathy (100%), limited mouth opening (80.1%), and fever (76.2%). Systemic diseases were very diverse, of which hypertension accounted for the highest rate at 23.8%, diabetes at 19%, hepatitis B or C (7.1%), and nasopharyngeal cancer (4.8%). Regarding the location of the infected spaces: the most common infected space is the buccal space (76.2%), followed by the submandibular space (33.3%), masseter muscle (6%), chin space, canine fossa, parotid space (7.1%), pterygomaxillary space (4.8%), sublingual space and temporal space (2.4%).

**Conclusion:** Common accompanying systemic diseases are hypertension and diabetes. The infected cavity occurs in most locations of the maxillofacial region, of which the cheek cavity is the most infected cavity. The most common cause of infection is the dental pulp. The main clinical symptoms are swelling, pain, lymphadenopathy, and limited mouth opening.

**Keywords:** Maxillofacial infection caused by teeth, Nghe An General Friendship Hospital.

\*Corresponding author

Email: [tdg.hmu@gmail.com](mailto:tdg.hmu@gmail.com) Phone: (+84) 962418668 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD9.2680>

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN VIÊM NHIỄM VÙNG HÀM MẶT DO RĂNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN NĂM 2022-2024

Đậu Đức Thành<sup>1\*</sup>, Phan Thị Thục Anh<sup>1</sup>, Đậu Lệ Thủy<sup>1</sup>  
Nguyễn Việt Anh<sup>2</sup>, Đặng Đình Quang<sup>2</sup>, Vương Thị Tố Uyên<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An - Km5, Đại lộ Lenin, TP Vinh, tỉnh Nghệ An, Việt Nam

<sup>2</sup>Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội - 29A, ngõ 124, phố Vĩnh Tuy, quận Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11/02/2025

Ngày chỉnh sửa: 22/5/2025; Ngày duyệt đăng: 04/6/2025

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân có viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng được điều trị tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2022-2024.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 42 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 1/2022 đến tháng 3/2024. Đối tượng nghiên cứu được khai thác tiền sử, khám lâm sàng, chụp X quang để ghi nhận các chỉ số nghiên cứu.

**Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu gặp chủ yếu trong nhóm tuổi 21-40, tỷ lệ nam/nữ  $\approx 1/1$ ; nguyên nhân chính thường gặp nhất là từ tủy răng (66,7%), tiếp đến viêm quanh răng (28,6%) và nha chu (4,7%). Về lâm sàng, các dấu hiệu chính trong viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng là sưng nề (100%), đau nhức (100%), phản ứng hạch (100%), há miệng hạn chế (80,1%), sốt (76,2%). Các bệnh toàn thân rất đa dạng, trong đó tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (23,8%), đái tháo đường (19%), viêm gan B hoặc C (7,1%), ung thư vòm (4,8%). Về vị trí các khoang nhiễm trùng, thường gặp nhất là khoang má (76,2%), tiếp đến là khoang dưới hàm (33,3%), cơ cắn (6%), khoang cằm, hô nanh, mang tai (7,1%), khoang chân bướm hàm (4,8%), khoang dưới lưỡi và thái dương đều (2,4%).

**Kết luận:** Bệnh toàn thân đi kèm thường gặp là tăng huyết áp, đái tháo đường. Khoang nhiễm trùng gặp ở hầu hết các vị trí vùng hàm mặt, trong đó khoang má bị nhiễm trùng nhiều nhất. Nguyên nhân gây nhiễm trùng thường gặp nhất là do tủy răng. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là sưng nề, đau nhức, phản ứng hạch, há miệng hạn chế.

**Từ khóa:** Viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng là bệnh lý phổ biến trong điều trị nha khoa. Bệnh lý này thường nhẹ, khu trú, được xử trí tại chỗ nhưng khi nhiễm khuẩn tiến triển nặng có thể đe dọa đến tính mạng của người bệnh. Việc khám, chẩn đoán, điều trị kịp thời không phải dễ dàng do sự phức tạp của tác nhân gây bệnh. Các cận lâm sàng thường không có giá trị cao trong điều trị do kết quả thường trễ so với tiến triển nhanh của bệnh. Những bệnh nhiễm trùng này có thể lây lan nhanh chóng trong vài giờ hoặc vài ngày dẫn đến các biến chứng đe dọa tính mạng như tắc nghẽn đường hô hấp, nhiễm trùng huyết, hoại tử cân cơ, áp xe trung thất, huyết khối xoang hang và viêm màng ngoài tim, tất cả đều có thể gây tử vong [5-6], [9]. Trên thế giới và Việt Nam, đã có nhiều công trình nghiên cứu về tình trạng nhiễm trùng vùng hàm mặt có nguyên nhân do răng. Tuy nhiên tại Nghệ An còn ít có đề tài nghiên cứu về nhiễm trùng vùng hàm mặt do răng. Vì vậy, đề góp

phần vào nghiên cứu về nhiễm trùng vùng hàm mặt do răng, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân có viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng được điều trị tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2022-2024.

## 2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

### 2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2022 đến tháng 3/2024.

### 2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

\*Tác giả liên hệ

Email: tgdg.hmu@gmail.com Điện thoại: (+84) 962418668 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD9.2680>

- Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân đồng ý tham gia và cho phép sử dụng hình ảnh trong nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không giao tiếp được, bị tâm thần, không đầy đủ hồ sơ bệnh án, bệnh nhân mắc các bệnh lý nhiễm trùng phổi khác kèm theo.

#### 2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

- Cỡ mẫu áp dụng công thức tính tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times (1 - p) / \varepsilon^2 \times p$$

Trong đó:  $Z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$ ;  $\varepsilon$  là sai số tương đối ( $\varepsilon = 0,2$ );  $p$  là tỷ lệ ước lượng ( $p = 0,716$  là tỷ lệ nhiễm trùng do răng trong nghiên cứu của Nguyễn Trọng Đức [4]). Thay vào công thức, tính được cỡ mẫu tối thiểu  $n = 39$ . Thực tế trong nghiên cứu này, chúng tôi thu nhận được tổng số đối tượng nghiên cứu là 42 bệnh nhân.

- Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

#### 2.5. Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Tuổi, giới, bệnh toàn thân, nguyên nhân gây viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng.

- Đặc điểm lâm sàng: dấu hiệu chính viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng, vị trí khoang nhiễm trùng.

- Đặc điểm cận lâm sàng: số lượng bạch cầu máu ngoại vi, điều trị kháng sinh.

#### 2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Đối tượng nghiên cứu được hỏi tiền sử, khám lâm sàng, chụp X quang và ghi nhận các thông tin, chỉ số phục vụ nghiên cứu vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

#### 2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch, mã hóa và nhập bằng phần mềm Excel, phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Số liệu phân tích thống kê mô tả biểu thị bằng bảng tần số, tỷ lệ phần trăm.

#### 2.8. Đạo đức nghiên cứu

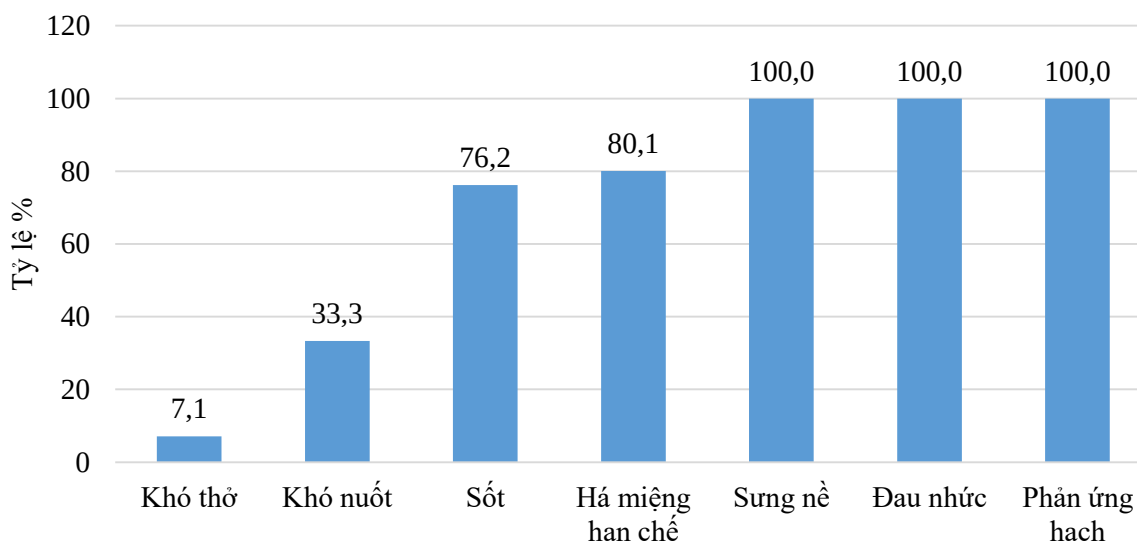
Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đề tài cấp cơ sở Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. Bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu và ký vào bản đồng thuận tham gia nghiên cứu.

### 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm chung, nguyên nhân viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng ( $n = 42$ )**

| Đặc điểm    |                 | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|-------------|-----------------|----------|-----------|
| Giới        | Nam             | 24       | 57,1      |
|             | Nữ              | 18       | 42,9      |
| Nhóm tuổi   | 0-20            | 3        | 7,1       |
|             | 21-40           | 18       | 42,9      |
|             | 41-59           | 11       | 26,2      |
|             | $\geq 60$       | 10       | 23,8      |
| Nguyên nhân | Tủy răng        | 28       | 66,7      |
|             | Viêm quanh răng | 12       | 28,6      |
|             | Nha chu         | 2        | 4,7       |

Trong tổng số 42 đối tượng nghiên cứu, nam chiếm 57,1%, nữ chiếm 42,9%, tỷ lệ nam/nữ gần bằng 1:1; nhóm tuổi từ 21-40 chiếm tỷ lệ cao nhất với 42,9%. Nguyên nhân chính thường gặp nhất là từ tủy răng (66,7%), tiếp đến viêm quanh răng (28,6%) và nha chu (4,7%).



**Biểu đồ 1. Dấu hiệu chính trong viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng ( $n = 42$ )**

Biểu đồ 1 cho thấy dấu hiệu chính trong viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng là sưng nề (100%), đau nhức (100%), phản ứng hạch (100%), há miệng hạn chế (80,1%), sốt (76,2%).

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 42)**

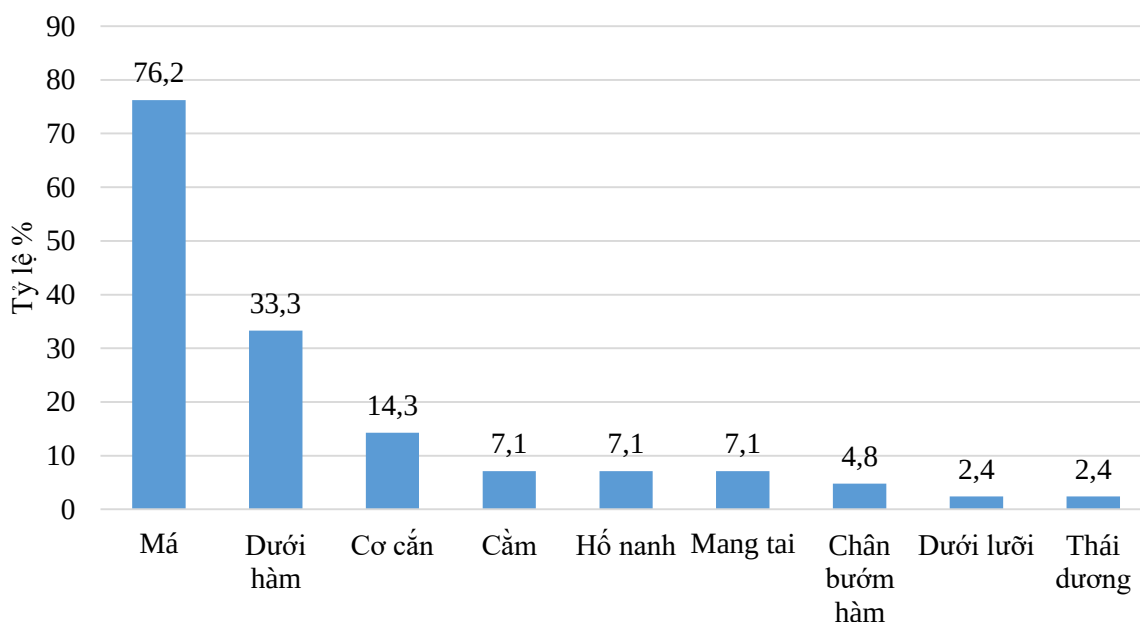
| Đặc điểm toàn thân |                | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--------------------|----------------|----------|-----------|
| Bệnh toàn thân     | Không          | 16       | 38,1      |
|                    | Có             | 26       | 61,9      |
| Có bệnh toàn thân  | Tăng huyết áp  | 10       | 23,8      |
|                    | Đái tháo đường | 8        | 19,0      |
|                    | Viêm gan B, C  | 3        | 7,1       |
|                    | Ung thư vòm    | 2        | 4,8       |
|                    | Gout           | 2        | 4,8       |
|                    | Suy thận       | 1        | 2,4       |

Đặc điểm bệnh toàn thân: có 26/42 bệnh nhân có bệnh toàn thân hoặc bệnh nhân có tình trạng đặc biệt kèm theo, chiếm tỷ lệ 61,9%, trong đó tăng huyết áp có 10 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ cao nhất (23,8%). Các bệnh có thể ảnh hưởng đến sức đề kháng của bệnh nhân như bệnh đái tháo đường có 8 bệnh nhân, viêm gan B hoặc C có 3 bệnh nhân, ung thư vòm có 2 bệnh nhân

**Bảng 3. Số lượng bạch cầu lúc nhập viện và điều trị kháng sinh của đối tượng nghiên cứu (n = 42)**

| Đặc điểm                            |                               | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------------------|-------------------------------|----------|-----------|
| Số lượng bạch cầu lúc nhập viện     | < 10.000/mm <sup>3</sup>      | 3        | 7,1       |
|                                     | 10.000-15.000/mm <sup>3</sup> | 28       | 66,7      |
|                                     | > 15.000/mm <sup>3</sup>      | 11       | 26,2      |
| Điều trị kháng sinh trước nhập viện | Không                         | 4        | 9,5       |
|                                     | Có                            | 38       | 90,5      |

Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 39 bệnh nhân (92,9%) có số lượng bạch cầu tăng  $\geq 10.000/\text{mm}^3$ , trong đó nhóm bạch cầu tăng cao  $> 15.000/\text{mm}^3$  có 11 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 26,2%.



**Biểu đồ 2. Vị trí các khoang nhiễm trùng của đối tượng nghiên cứu (n = 42)**

Vị trí khoang nhiễm trùng thường gặp nhất là khoang má 76,2%, tiếp đến là khoang dưới hàm (33,3%), cơ cắn (14,3%), khoang cằm, hố nanh, mang tai đều chiếm 7,1%, khoang chân bướm hàm có 4,8%, khoang dưới lưỡi và thái dương đều có 2,4%.

#### 4. BÀN LUẬN

Về giới tính, có 24 bệnh nhân nam (57,1%) và 18 bệnh nhân nữ (42,9%), tỷ lệ nam và nữ gần bằng 1:1. Trong nghiên cứu này, nhóm 21-40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 42,9%, tiếp đến các nhóm 41-59 tuổi (26,2%), trên

60 tuổi (23,8%), nhóm gặp tỷ lệ ít nhất là dưới 20 tuổi (7,1%). Điều này liên quan đến sự hiện diện của răng khôn hàm dưới, đây là độ tuổi thường gặp biến chứng mọc răng khôn hoặc sâu răng khôn gây viêm tủy và dẫn đến các biến chứng viêm mô tế bào. Nghiên cứu của Keswani E.S và cộng sự trong 4 năm từ năm 2007-2011 trên 315 bệnh nhân viêm nhiễm vùng mặt do răng, thấy tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 55,23% và 44,76%; tuổi trung bình của bệnh nhân nam và nữ lần lượt là  $38,12 \pm 6,57$  và  $37,28 \pm 5,92$  [1]. Nghiên cứu của Zamiri B và cộng sự (2006) ở Iran trên 102 bệnh nhân, ghi nhận số lượng bệnh nhân nam là 60, nữ là 42. Tác giả phân tích rằng nam giới ít chú ý đến vệ sinh răng miệng và không thường xuyên đi đến nha sĩ vì họ có nhiều mối bận tâm hơn, nên nam bị bệnh nhiều hơn nữ [11].

Nguyên nhân nhiễm trùng thường gặp nhất là do tủy răng (66,7%), tiếp đến là viêm quanh răng (28,6%) và nha chu (2%). Trong khoang miệng, răng là cơ quan dễ bị vi khuẩn tấn công do hình thái dễ đọng thức ăn trên mặt nhai, các răng mọc chen chúc. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Trần Kim Định và cộng sự (2010) thấy nguyên nhân gây nhiễm trùng hay gặp nhất do tủy răng 68,23%, viêm quanh răng (23,54%) và nha chu (8,23%) [3]. Nghiên cứu của Fabio Ricardo Loureiro Sato và cộng sự (2009) ghi nhận 79,31% nhiễm trùng do răng trong 210 ca [8]. Theo Keswani E.S và cộng sự, nguyên nhân chính là tủy răng (69,52%), viêm quanh thân răng (26,66%) và nha chu (3,8%), trong đó hay gặp nhất là răng khôn hàm dưới [1].

Về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng, các biểu hiện chính của viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng là sưng nề, đau nhức, phản ứng hạch (đều chiếm tỷ lệ 100%), tiếp theo là các dấu hiệu như há miệng hạn chế (80,1%), sốt (76,2%). Nghiên cứu của Keswani E.S và cộng sự cho thấy các dấu hiệu lâm sàng chủ yếu là sưng, đau, phản ứng hạch (đều 100%), tiếp đến là sốt (62,26%), khó nuốt (58,12%), khít hàm (42,28%) [1]. Nghiên cứu của Trương Nhựt Khuê và cộng sự (2015-2017) thấy 90,9% bệnh nhân có sốt, nhiệt độ trung bình là  $38,1 \pm 0,7^{\circ}\text{C}$ , phần lớn bệnh nhân sốt vừa (37,9%) và sốt nhẹ (48,5%), có 42,4% bệnh nhân bị ảnh hưởng chức năng với 28,8% khít hàm, 9,1% khít hàm kèm khó nuốt và 4,5% khít hàm kèm khó nuốt và khó thở [7].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận 26/42 bệnh nhân có bệnh toàn thân hoặc bệnh nhân có tình trạng đặc biệt kèm theo, chiếm tỷ lệ 61,9 %, trong đó tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (23,8%). Các bệnh có thể ảnh hưởng đến sức đề kháng của bệnh nhân như bệnh đái tháo đường (8 bệnh nhân), viêm gan B hoặc C (3 bệnh nhân), ung thư vòm (2 bệnh nhân). Theo kết quả phân tích của chúng tôi thì chưa tìm được sự khác biệt có ý nghĩa giữa bệnh toàn thân hoặc tình trạng đặc biệt và kết quả điều trị. Tỷ lệ bệnh nhân bị tăng huyết áp kết hợp với viêm mô tế bào hàm mặt cao so với nhóm bệnh toàn thân khác là do tăng huyết áp là bệnh lý rất phổ

biến trong xã hội hiện nay. Nghiên cứu của Zamiri B và cộng sự ghi nhận trong 297 bệnh nhân, có 40% bệnh nhân mắc bệnh tiểu đường, 6,9% bệnh nhân tăng huyết áp, 10,8% bệnh nhân có tiền sử lạm dụng thuốc trước đó [11]. Nhóm tác giả này kết luận rằng tiểu đường là một trong những yếu tố làm trầm trọng nhiễm trùng các khoang vùng cổ - mặt, tiếp theo đó là tiền sử lạm dụng thuốc, kế đến nữa là bệnh tăng huyết áp. Các tác giả giải thích rằng, trong bệnh tiểu đường, chức năng của đại thực bào bị tổn thương, bạch cầu bị khiếm khuyết khả năng di chuyển và hóa ứng động, những bệnh nhân nghiện thuốc thì tuần hoàn máu kém và đó là những lý do giải thích nguyên nhân nhiễm trùng mức độ thường nặng và dễ lan rộng. Kết quả nghiên cứu của Augusto Cesar Sette Dias ghi nhận 119 bệnh nhân nhập viện vì nhiễm trùng do răng, bệnh nhân có bệnh toàn thân chiếm tỷ lệ 18,5%, cao nhất là tăng huyết áp rồi đến tiểu đường. Tác giả không tìm thấy mối liên quan giữa bệnh toàn thân và tỷ lệ ện nhiễm trùng do răng [2]. Nghiên cứu của Augusto Cesar Sette Dias tương tự với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi.

Chúng tôi ghi nhận 39 bệnh nhân (92,9%) có số lượng bạch cầu tăng  $\geq 10.000/\text{mm}^3$ , trong đó nhóm bạch cầu tăng cao  $> 15.000/\text{mm}^3$  có 11 bệnh nhân, chiếm 26,2%. Khoảng 92,9% bệnh nhân nhập viện có bạch cầu  $\geq 10000/\text{mm}^3$ , thể hiện đang có tình trạng nhiễm trùng, mặc dù các bệnh nhân thường đã sử dụng kháng sinh ở nhà nhưng không đáp ứng hoặc tình trạng diễn biến nặng hơn nên chuyển đến viện để điều trị. Trên lâm sàng, đối với các trường hợp bệnh nhân có bạch cầu tăng cao  $\geq 15.000/\text{mm}^3$ , sẽ được lấy máu theo dõi công thức máu hằng ngày, nếu đáp ứng với điều trị thì số lượng bạch cầu sẽ trở về mức bình thường. Đối với phần lớn bệnh nhân, số lượng bạch cầu giảm về trị số bình thường sau 3 ngày điều trị. Nghiên cứu của Nguyễn Trọng Đức (2016) ghi nhận 52 bệnh nhân (64,2%) có số lượng bạch cầu tăng  $\geq 10.000/\text{mm}^3$ , trong đó nhóm bạch cầu tăng cao  $> 15.000/\text{mm}^3$  có 24 bệnh nhân, chiếm 29,6% [4]. Nghiên cứu của Bùi Thị Lệ Uyên tại Bệnh viện Mắt - Răng Hàm Mặt Cần Thơ ghi nhận tất cả 70 bệnh nhân viêm mô tế bào do răng có số lượng bạch cầu đều tăng; số lượng bạch cầu trung bình là  $14.700 \pm 2.900/\text{mm}^3$ , cao nhất  $23.500/\text{mm}^3$ , thấp nhất  $10.200/\text{mm}^3$ , trong đó 38 trường hợp (54,3%) có số lượng bạch cầu  $> 15.000/\text{mm}^3$  và 32 bệnh nhân (45,7%) có số lượng bạch cầu  $< 15.000/\text{mm}^3$  [10].

Nghiên cứu của Keswani E.S và cộng sự thấy vị trí hay gặp nhất là khoang dưới hàm (40,63%), tiếp đến là khoang má (26,66%), khoang chân bướm hàm (16,5%), khoang cơ cắn (4,44%), khoang nanh (3,8%) và khoang dưới lưỡi (3,17%) [1]. Theo nghiên cứu của Fabio Ricardo Loureiro Sato và cộng sự, khoang nhiễm trùng thường gặp nhất là khoang dưới hàm [8]. Các nghiên cứu của các tác giả khác cũng ghi nhận nhiễm trùng thường gặp nhất là răng khôn hàm dưới. Trong nghiên cứu này, thường gặp nhất là khoang má, tiếp đến là khoang dưới hàm, răng khôn hàm dưới là răng



nguyên nhân gây viêm mô tế bào do răng (24 trường hợp). Kết quả này cũng tương tự với kết quả của Nguyễn Trọng Đức [4], Bùi Thị Lệ Uyên [10]. Khi bệnh nhân bị viêm mô tế bào do răng khôn hàm dưới, vị trí và hướng lan truyền nhiễm khuẩn phụ thuộc vào giải phẫu học vùng nhiễm khuẩn. Khoảng má có giới hạn trên là bờ dưới cung tiếp, giới hạn dưới là bờ dưới xương hàm dưới, phía ngoài là da và tổ chức dưới da, phía trong là cơ mút. Nhiễm trùng khoang má thường là do răng cối nhỏ, răng cối lớn hàm trên tiến triển qua xương ổ răng ra phía ngoài trên điểm bám của cơ mút, hoặc do nhiễm trùng các răng cối hàm dưới tiến triển ra ngoài bên dưới chỗ bám của cơ mút lan tràn nhiễm khuẩn trực tiếp vào khoang má. Trong nguyên cứu này, đa số nhiễm trùng răng khôn hàm dưới tiến triển ra phía ngoài và dưới điểm bám của cơ mút làm nhiễm trùng khoang má. Có sự khác nhau giữa vị trí khoang liên quan của nghiên cứu so với các tác giả nước ngoài; trong các nghiên cứu của họ thì thường gặp nhất là khoang dưới hàm, còn nghiên cứu này ghi nhận thường gặp nhất là khoang má, có sự khác nhau về vị trí nhưng nguyên nhân phổ biến nhất giống nhau là răng khôn hàm dưới. Viêm mô tế bào thường gặp nhất ở khoang má, khác với các nghiên cứu khác, có thể do nguyên nhân nhiễm trùng chính là viêm quanh thân răng khôn hàm dưới.

## 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ nam và nữ bị viêm mô tế bào hàm mặt ngang nhau, thường gặp trong độ tuổi từ 21-40. Tăng huyết áp là bệnh toàn thân đi kèm có tỷ lệ cao nhất. Đa số bệnh nhân có sử dụng kháng sinh trước nhập viện (90,5%); và có số lượng bạch cầu máu ngoại vi tăng (92,9%). Khoang nhiễm trùng gặp ở hầu hết các vị trí vùng hàm mặt, trong đó khoang má bị nhiễm trùng nhiều nhất. Nguyên nhân gây nhiễm trùng thường gặp nhất là do tủy răng (66,7%). Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là sưng nề, đau nhức, phản ứng hạch, há miệng hạn chế.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Keswani E.S, Venkateshwar G. Odontogenic Maxillofacial Space Infections: A 5-Year Retrospective Review in Navi Mumbai. J Maxillofac Oral Surg, 2019, 18 (3), p. 345-353.
- [2] Augusto Cesar Sette Dias. Infecções odontogênicas graves: etiologia microbiana, perfil de citocinas e de suscetibilidade a drogas antimicrobianas, 2016.
- [3] Trần Kim Định, Nguyễn Thị Hồng. Khảo sát vi khuẩn và kháng sinh đồ trong nhiễm khuẩn do răng tại thành phố Cần Thơ, Tạp chí Y học Việt Nam, 2011, 15 (2).
- [4] Nguyễn Trọng Đức. Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị viêm mô tế bào vùng hàm mặt, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, 2016.
- [5] Thomas R Flynn, Rabie M Shanti, Catherine Hayes. Severe odontogenic infections, part 2: prospective outcomes study. Journal of oral and maxillofacial surgery, 2006, 64 (7), p. 1104-1113.
- [6] Thomas R Flynn et al. Severe odontogenic infections, part 1: prospective report. Journal of oral and maxillofacial surgery, 2006, 64 (7), p. 1093-1103.
- [7] Trương Nhật Khuê, Nguyễn Thanh Quang. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng tại Bệnh viện Mắt - Răng Hàm Mặt Cần Thơ năm 2015-2017. Tạp chí Y học thực hành, 2017, số 8, tr. 248-251.
- [8] Fábio Ricardo Loureiro Sato et al. Eight-year retrospective study of odontogenic origin infections in a postgraduation program on oral and maxillofacial surgery. Journal of oral and maxillofacial surgery, 2009, 67 (5), p. 1092-1097.
- [9] Panagiotis K Stefanopoulos, Alexandros E Kolokotronis. The clinical significance of anaerobic bacteria in acute orofacial odontogenic infections. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology, 2004, 98 (4), p. 398-408.
- [10] Bùi Thị Lệ Uyên. Hiệu quả của Cephalosporin trong điều trị viêm mô tế bào do răng dựa trên kết quả kháng sinh đồ và lâm sàng (nghiên cứu tại Bệnh viện Mắt - Răng Hàm Mặt thành phố Cần Thơ năm 2010). Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, 2011.
- [11] Zamiri B, Hashemi S.B, Hashemi S.H. Prevalence of odontogenic deep head and neck spaces infection and its correlation with length of hospital stay, 2012.