

DOI: 10.58490/ctjump.2026i102.4861

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ PHÂN LOẠI
NHIỄM TRÙNG VÙNG HÀM MẶT DO RĂNG CỎI LỚN HÀM DƯỚI****Nguyễn Nguyễn Khoa^{1,2}, Phan Thành Tường², Lý Gia Huy^{1,3},
Phan Thùy Ngân¹, Lê Nguyễn Lâm¹, Trương Nhựt Khuê^{1*}**

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Mắt - Răng Hàm Mặt thành phố Cần Thơ

3. Trường Đại học Gia Định

*Email: tnkhue@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22/3/2026

Ngày phản biện: 06/8/2026

Ngày duyệt đăng: 25/8/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm trùng vùng hàm mặt do răng cối lớn hàm dưới thường diễn tiến nhanh và có nguy cơ lan rộng. Việc mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giúp định hướng xử trí phù hợp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân loại mức độ nhiễm trùng vùng hàm mặt do răng cối lớn hàm dưới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 30 bệnh nhân nhập viện vì nhiễm trùng vùng hàm mặt do răng cối lớn hàm dưới từ tháng 06/2025 đến tháng 01/2026 tại Bệnh viện Đa khoa Vùng Tây Nguyên, tỉnh Đắk Lắk. Các biến số gồm đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm máu, vi sinh, hình ảnh học và phân loại mức độ nhiễm trùng. **Kết quả:** Tổng cộng 30 bệnh nhân tham gia, tuổi trung bình $50,6 \pm 17,4$, nam và nữ chiếm tỷ lệ tương đương. Mất cân xứng mặt gặp ở 93,3% và há miệng hạn chế 46,7%, không có khác biệt các triệu chứng lâm sàng theo giới ($p > 0,05$). Nữ có thời gian biểu hiện bệnh dài hơn nam ($11,7 \pm 5,3$ so với $8,9 \pm 4,6$ ngày, $p = 0,048$). Bạch cầu trung bình $14,5 \pm 5,1$ G/L, 86,7% tăng bạch cầu. Số lượng bạch cầu cao hơn ở nam ($15,8 \pm 5,0$ so với $13,2 \pm 4,9$ G/L) nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,167$). Siêu âm ghi nhận hình ảnh phổ biến là áp xe (53,3%), không có sự khác biệt về đặc điểm hình ảnh học giữa nam và nữ. Phân loại nhiễm trùng cho thấy viêm mô tế bào lan tỏa chiếm 53,3%, khu trú vùng sâu 40,0%, khu trú nông 6,7%. Tỷ lệ nhiễm trùng lan tỏa cao hơn ở nam (60,0% so với 46,7%) nhưng không khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,447$). **Kết luận:** Nhiễm trùng vùng hàm mặt do răng cối lớn hàm dưới chủ yếu ở mức độ lan tỏa và thường kèm tăng bạch cầu. Chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo giới về mức độ nhiễm trùng và các chỉ số cận lâm sàng, ngoại trừ thời gian biểu hiện bệnh ở nữ dài hơn nam.

Từ khóa: Nhiễm trùng vùng hàm mặt, răng cối lớn hàm dưới, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng, viêm mô tế bào.

ABSTRACT**CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND
CLASSIFICATION OF MAXILLOFACIAL INFECTIONS ORIGINATING
FROM MANDIBULAR MOLARS****Nguyen Nguyen Khoa^{1,2}, Phan Thanh Tuong², Ly Gia Huy^{1,3},
Phan Thuy Ngan¹, Le Nguyen Lam¹, Truong Nhut Khue¹**

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho Eye, Dental and Maxillofacial Hospital

3. Gia Dinh University

Background: Maxillofacial infections originating from mandibular molars often progress rapidly and may spread extensively. Describing the clinical and paraclinical characteristics is essential for appropriate management. **Objectives:** To describe the clinical and paraclinical

characteristics and to classify the severity of maxillofacial infections caused by mandibular molars. **Materials and methods:** An analytical cross-sectional study was conducted on 30 hospitalized patients diagnosed with maxillofacial infections secondary to mandibular molars from June 2025 to January 2026 at Tay Nguyen Regional General Hospital, Dak Lak. Variables included clinical features, hematological findings, microbiological results, imaging characteristics, and classification of infection severity. **Results:** A total of 30 patients were included, with a mean age of 50.6 ± 17.4 years, males and females were equally represented. Facial asymmetry was observed in 93.3% of cases and trismus in 46.7%, with no significant sex differences in clinical symptoms ($p > 0.05$). Females had a longer duration of symptoms than males (11.7 ± 5.3 vs. 8.9 ± 4.6 days, $p = 0.048$). The mean white blood cell count was 14.5 ± 5.1 G/L, with leukocytosis present in 86.7% of patients. Although the mean white blood cell count was higher in males than in females (15.8 ± 5.0 vs. 13.2 ± 4.9 G/L), the difference was not statistically significant ($p = 0.167$). Ultrasound findings most commonly showed abscess formation (53.3%), with no significant sex differences in imaging characteristics. Infection classification revealed that diffuse cellulitis accounted for 53.3% of cases, deep localized infection for 40.0%, and superficial localized infection for 6.7%. The proportion of diffuse infection was higher in males than in females (60.0% vs. 46.7%), but this difference was not statistically significant ($p = 0.447$). **Conclusion:** Maxillofacial infections caused by mandibular molars were predominantly diffuse and frequently associated with leukocytosis. No statistically significant sex-related differences were observed in infection severity or paraclinical characteristics, except for a longer duration of symptoms in females.

Keywords: Maxillofacial infection, mandibular molars, clinical characteristics, subclinical findings, cellulitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng vùng hàm mặt do răng là một bệnh lý thường gặp trong lĩnh vực răng hàm mặt và có thể tiến triển nặng nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời. Nhiễm trùng thường khởi phát từ viêm tủy hoặc viêm quanh chóp răng, sau đó lan theo các mô liên kết lỏng lẻo vào các khoang giải phẫu vùng hàm mặt, gây viêm tấy, áp xe hoặc lan rộng vào các khoang sâu [1]. Đặc biệt, nhiễm trùng do răng cối lớn hàm dưới là nhóm có nguy cơ gây biến chứng lan rộng do đặc điểm giải phẫu chân răng nằm gần các khoang dưới hàm, dưới lưỡi, dưới cằm và khoang cơ cắn. Sự liên thông giữa các khoang này tạo điều kiện cho nhiễm trùng lan nhanh xuống vùng cổ sâu và trung thất [2]. Đồng thời, đây là nhóm răng chịu lực nhai lớn, dễ sâu răng và khó vệ sinh, nên thường là nguồn khởi phát nhiễm trùng [3].

Thông kê cho thấy phần lớn trường hợp nhiễm trùng vùng hàm mặt có nguyên nhân từ răng, trong đó phần lớn liên quan đến răng hàm dưới và tập trung ở vùng răng cối lớn [2], [4], [5]. Các nghiên cứu gần đây cho thấy gánh nặng lâm sàng đáng kể của nhóm bệnh lý này, Gadicherla và cộng sự (2024) ghi nhận sưng mặt ở 99,2% và hạn chế há miệng ở 68,0% bệnh nhân được phẫu thuật do nhiễm trùng khoang hàm mặt [6]. Tại Việt Nam, Đậu Đức Thành và cộng sự (2025) ghi nhận sưng nề ở 100% và hạn chế há miệng ở 80,1% bệnh nhân viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng [8]. Bệnh có thể tiến triển nhanh và gây các biến chứng nghiêm trọng như viêm tấy lan tỏa sàn miệng, nhiễm trùng lan xuống trung thất, suy hô hấp, nhiễm trùng huyết và sốc nhiễm trùng nếu không được điều trị kịp thời [6], [7], [8]. Trong thực hành lâm sàng, biểu hiện và mức độ lan rộng của nhiễm trùng vùng hàm mặt do răng cối lớn hàm dưới rất đa dạng, phụ thuộc vào vị trí răng bệnh, khoang giải phẫu bị ảnh hưởng và tình trạng toàn thân của bệnh nhân. Việc mô tả đặc điểm của nhóm bệnh nhân này tại bệnh viện hạng I tuyến tỉnh có ý nghĩa thực tiễn trong đánh giá mức độ bệnh và định hướng xử trí các trường hợp cần điều trị nội trú, phẫu thuật vì các trung tâm này có nguồn bệnh phong phú và đủ cơ sở vật chất có thể đáp ứng điều trị. Xuất phát từ thực tế đó, nghiên

cứu được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân loại nhiễm trùng vùng hàm mặt do răng cối lớn hàm dưới tại Bệnh viện Đa khoa Vùng Tây Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhiễm trùng vùng hàm mặt do răng cối lớn hàm dưới có mủ, có chỉ định phẫu thuật và điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Vùng Tây Nguyên, tỉnh Đắk Lắk từ tháng 06/2025 đến tháng 01/2026.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhiễm trùng vùng hàm mặt do răng cối lớn hàm dưới có mủ và có chỉ định phẫu thuật, đồng ý tham gia nghiên cứu. Chẩn đoán được xác lập dựa trên các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bao gồm viêm lợi trùm hoặc túi nha chu có mủ tại răng nguyên nhân, sưng nề trong miệng và/hoặc ngoài mặt, răng nguyên nhân sâu, gãy vỡ hoặc có triệu chứng bệnh lý tủy - quanh chóp, phim X-quang toàn cảnh ghi nhận tổn thương thấu quang quanh chóp hoặc quanh thân răng, hoặc răng đã điều trị nội nha không đạt yêu cầu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Loại khỏi nghiên cứu các bệnh nhân không có khả năng giao tiếp hoặc mắc bệnh lý tâm thần, bệnh nhân có các bệnh lý toàn thân có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị như bệnh huyết học ác tính (bạch cầu cấp, suy tủy xương...), hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải, sử dụng corticosteroid kéo dài, hoặc đái tháo đường chưa kiểm soát được đường huyết.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Nghiên cứu không xác định cỡ mẫu theo công thức mà tuyển liên tiếp toàn bộ các trường hợp thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian thu thập số liệu. Do nghiên cứu tập trung vào nhóm bệnh nhân nhiễm trùng vùng hàm mặt do răng cối lớn hàm dưới có mủ, điều trị nội trú và có chỉ định phẫu thuật, số lượng mẫu phụ thuộc vào số trường hợp thực tế tại cơ sở nghiên cứu trong thời gian khảo sát. Tổng cộng có 30 bệnh nhân đủ điều kiện và được đưa vào nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu chính:**

+ Đặc điểm chung: Tuổi (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn), giới tính (nam, nữ).

+ Đặc điểm lâm sàng: Ghi nhận sốt, khó thở, khó nuốt, chảy mủ ngoài mặt hoặc trong miệng, mắt cân xứng mặt, há miệng hạn chế, thời gian biểu hiện bệnh, vị trí sưng, răng nguyên nhân và nguyên nhân nhiễm trùng. Sốt được xác định khi nhiệt độ $\geq 38^{\circ}\text{C}$. Khó thở được ghi nhận khi bệnh nhân than khó thở hoặc bác sĩ ghi nhận có biểu hiện khó thở. Khó nuốt được ghi nhận khi bệnh nhân nuốt đau, nuốt khó hoặc hạn chế nuốt do sưng đau vùng hàm mặt. Há miệng hạn chế được xác định khi khoảng cách há miệng tối đa dưới 40 mm. Thời gian biểu hiện bệnh được tính từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến thời điểm nhập viện. Vị trí sưng gồm dưới hàm, dưới lưỡi, má, dưới cằm và vị trí khác. Răng nguyên nhân gồm R36, R37, R38, R46, R47 và R48. Nguyên nhân nhiễm trùng gồm bệnh lý tủy răng - quanh chóp, răng mọc ngầm/kẹt và viêm nha chu.

+ Đặc điểm xét nghiệm máu và vi sinh: Ghi nhận số lượng bạch cầu, tăng bạch cầu, kết quả nuôi cấy và tác nhân vi khuẩn phân lập được. Tăng bạch cầu được xác định khi bạch cầu $> 10 \times 10^9/\text{L}$. Mẫu vi sinh là mủ lấy từ ổ nhiễm trùng trước khi bơm rửa. Nghiên cứu chủ yếu ghi nhận kết quả nuôi cấy vi khuẩn hiếu khí.

+ Đặc điểm hình ảnh học: Ghi nhận bất thường trên phim toàn cảnh, gồm răng mọc ngầm/kẹt và thấu quang quanh chóp. Siêu âm vùng sung được phân loại thành không bất thường, phù nề mô mềm/tụ dịch, viêm hoặc áp xe.

+ Phân loại nhiễm trùng: Phân loại trong nghiên cứu được thực hiện dựa trên mô tả lâm sàng và mức độ lan rộng vào các khoang giải phẫu của Hupp, Tucker và Ellis [9]. Nhiễm trùng được phân thành khu trú nông, khu trú vùng sâu và viêm mô tế bào lan tỏa. Khu trú nông là nhiễm trùng giới hạn ở mô mềm nông hoặc vùng tiền đình. Khu trú vùng sâu là nhiễm trùng hoặc áp xe liên quan một khoang giải phẫu sâu. Viêm mô tế bào lan tỏa là tình trạng sung nề lan rộng, ranh giới không rõ, có thể liên quan nhiều khoang giải phẫu.

- **Quy trình thu thập số liệu:** Bệnh nhân nhập viện vì nhiễm trùng vùng hàm mặt do răng cối lớn hàm dưới được sàng lọc theo tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ. Các trường hợp đủ điều kiện và đồng ý tham gia nghiên cứu được thu thập số liệu bằng phiếu nghiên cứu thống nhất tại thời điểm nhập viện hoặc trước khi xử trí phẫu thuật. Dữ liệu được ghi nhận từ khai thác bệnh sử, thăm khám lâm sàng, hồ sơ bệnh án, kết quả xét nghiệm máu, vi sinh và hình ảnh học. Mẫu máu được lấy theo chỉ định lâm sàng tại thời điểm nhập viện để thực hiện công thức máu, trong đó số lượng bạch cầu được ghi nhận phục vụ phân tích. Kết quả hình ảnh học được ghi nhận từ phim X-quang toàn cảnh kết hợp siêu âm vùng sung phần mềm. Mẫu vi sinh là mủ lấy trực tiếp từ ổ nhiễm trùng trong quá trình trích rạch dẫn lưu hoặc phẫu thuật, trước khi bơm rửa ổ mủ. Bệnh phẩm được lấy bằng dụng cụ vô khuẩn, cho vào dụng cụ chứa bệnh phẩm phù hợp và chuyển đến khoa xét nghiệm trong thời gian sớm nhất. Mẫu mủ được cấy trên các môi trường nuôi cấy thường quy phù hợp và ủ theo điều kiện của khoa xét nghiệm. Sau thời gian ủ, các khuẩn lạc nghi ngờ được quan sát đặc điểm hình thái, màu sắc, kích thước, tính chất tan máu nếu có, sau đó nhuộm Gram để định hướng nhóm vi khuẩn. Các khuẩn lạc riêng rẽ được cấy thuần, phân lập và định danh vi khuẩn bằng các thử nghiệm sinh hóa thường quy hoặc hệ thống định danh tự động theo quy trình hiện hành của bệnh viện. Kết quả được ghi nhận gồm âm tính, dương tính và tên chủng vi khuẩn phân lập được. Trong nghiên cứu, kết quả vi sinh chủ yếu phản ánh nuôi cấy vi khuẩn hiếu khí, nuôi cấy vi khuẩn kỵ khí chưa được thực hiện thường quy.

- **Xử lý và phân tích dữ liệu:** Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 25.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số (n) và tỷ lệ (%). Các biến định lượng được kiểm tra phân bố và trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Ngoài phân tích mô tả, nghiên cứu thực hiện so sánh một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân loại nhiễm trùng giữa nam và nữ nhằm khảo sát sự khác biệt theo giới trong mẫu nghiên cứu. So sánh sự khác biệt giữa hai nhóm nam và nữ đối với các biến định tính được thực hiện bằng kiểm định Chi-square (χ^2) hoặc kiểm định Fisher. Đối với các biến định lượng, phép kiểm t cho hai mẫu độc lập được sử dụng khi dữ liệu phân bố chuẩn. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thẩm định và phê duyệt (mã số 25.525.HV/PCT-HĐĐĐ, ngày 30/06/2025).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 06/2025 đến tháng 01/2026, tổng cộng 30 bệnh nhân nhiễm trùng vùng hàm mặt do răng cối lớn hàm dưới thỏa tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu với 100% lý do đến khám là sưng đau vùng hàm mặt.

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm), trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn		50,6 $\pm$ 17,4	
Giới tính	Nam	15	50,0
	Nữ	15	50,0
Bệnh đồng mắc	Không	20	66,7
	Có	10	33,3

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 50,6 $\pm$ 17,4. Tỷ lệ nam và nữ tương đương (50% mỗi nhóm). Đa số bệnh nhân không có bệnh đồng mắc (66,7%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng nhiễm trùng vùng hàm mặt do răng cối lớn hàm dưới

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Chung (n = 30) n (%)	Nam (n = 15) n (%)	Nữ (n = 15) n (%)	Giá trị p
Triệu chứng lâm sàng (có)				
Sốt	5 (16,7%)	3 (20,0%)	2 (13,3%)	0,624
Mất cân xứng mặt	28 (93,3%)	15 (100%)	13 (86,7%)	0,224
Khó thở	3 (10,0%)	2 (13,3%)	1 (6,7%)	0,542
Khó nuốt	7 (23,3%)	4 (26,7%)	3 (20,0%)	0,669
Chảy mủ ngoài mặt	3 (10,0%)	2 (13,3%)	1 (6,7%)	0,542
Chảy mủ trong miệng	5 (16,7%)	3 (20,0%)	2 (13,3%)	0,624
Há miệng hạn chế	14 (46,7%)	8 (53,3%)	6 (40,0%)	0,463
Thời gian biểu hiện (ngày)	10,3 ± 5,1	8,9 ± 4,6	11,7 ± 5,3	0,048
Vị trí sưng				
Dưới cằm	2 (6,7%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)	0,812
Dưới hàm	8 (26,7%)	4 (26,7%)	4 (26,7%)	
Má	15 (50,0%)	8 (53,3%)	7 (46,7%)	
Cơ cắn	3 (10,0%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)	
Dưới lưỡi	1 (3,3%)	1 (6,7%)	0 (0,0%)	
Mang tai	1 (3,3%)	0 (0,0%)	1 (6,7%)	
Răng nguyên nhân				
R36	6 (20,0%)	4 (26,7%)	2 (13,3%)	0,710
R37	2 (6,7%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)	
R38	2 (6,7%)	2 (13,3%)	0 (0,0%)	
R46	5 (16,7%)	2 (13,3%)	3 (20,0%)	
R47	7 (23,2%)	3 (20,0%)	4 (26,7%)	
R48	8 (26,7%)	3 (20,0%)	5 (33,3%)	
Nguyên nhân nhiễm trùng				
Tủy răng - quanh chóp	15 (50,0%)	9 (60,0%)	6 (40,0%)	0,470
Răng mọc ngầm, kẹt	9 (30,0%)	4 (26,7%)	5 (33,3%)	
Viêm nha chu	6 (20,0%)	2 (13,3%)	4 (26,7%)	

Nhận xét: Mất cân xứng mặt (93,3%) và há miệng hạn chế (46,7%) là hai biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất. Vị trí sưng chủ yếu ở vùng má (50,0%), R48 là răng nguyên nhân thường gặp nhất (26,7%). Bệnh lý tủy răng - quanh chóp chiếm 50,0% nguyên nhân nhiễm trùng. Thời gian biểu hiện bệnh trung bình là 10,3 $\pm$ 5,1 ngày. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ về các triệu chứng lâm sàng, vị trí sưng, răng nguyên

nhân và nguyên nhân nhiễm trùng ($p > 0,05$). Tuy nhiên, thời gian biểu hiện bệnh ở nữ dài hơn nam và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($11,7 \pm 5,3$ so với $8,9 \pm 4,6$, $p = 0,048$).

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng nhiễm trùng vùng hàm mặt do răng cối lớn hàm dưới

Bảng 3. Đặc điểm về xét nghiệm và vi sinh

Đặc điểm	Chung (n = 30) n (%)	Nam (n = 15) n (%)	Nữ (n = 15) n (%)	Giá trị p
Bạch cầu (G/L)	$14,5 \pm 5,1$	$15,8 \pm 5,0$	$13,2 \pm 4,9$	0,167
Tăng bạch cầu				
Có	26 (86,7%)	14 (93,3%)	12 (80,0%)	0,284
Không	4 (13,3%)	1 (6,7%)	3 (20,0%)	
Kết quả nuôi cấy				
Âm tính	25 (83,3%)	12 (80,0%)	13 (86,7%)	0,624
Dương tính	5 (16,7%)	3 (20,0%)	2 (13,3%)	
Tác nhân phân lập được (n = 5)				
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	4 (80,0%)	2 (66,7%)	2 (100%)	-
<i>Streptococcus spp.</i>	1 (20,0%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	

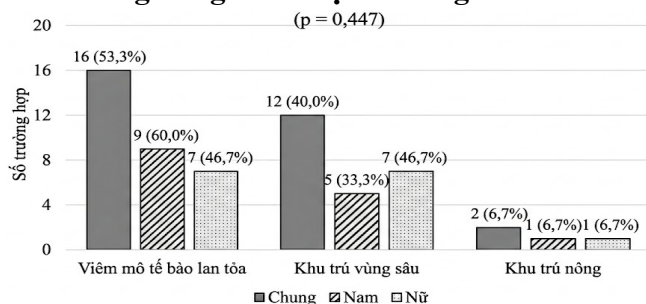
Nhận xét: Số lượng bạch cầu trung bình là $14,5 \pm 5,1$ G/L và 86,7% bệnh nhân có tăng bạch cầu. Nuôi cấy dương tính ở 5/30 trường hợp (16,7%), trong đó *Klebsiella pneumoniae* được phân lập ở 4 trường hợp. Đặc điểm xét nghiệm không có sự khác biệt có ý nghĩa về giới tính ($p > 0,05$).

Bảng 4. Đặc điểm về hình ảnh học

Đặc điểm	Chung n (%)	Nam n (%)	Nữ n (%)	Giá trị p
X-quang bất thường				
Không	14 (46,7%)	6 (40,0%)	8 (53,4%)	0,715
Răng mọc ngầm, kẹt	10 (33,3%)	5 (33,3%)	5 (33,3%)	
Thấu quang quanh chóp	6 (20,0%)	4 (26,7%)	2 (13,3%)	
Siêu âm				
Không thấy bất thường	2 (6,7%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)	0,542
Phù nề mô mềm, tụ dịch	6 (20,0%)	4 (26,7%)	2 (13,3%)	
Viêm	6 (20,0%)	2 (13,3%)	4 (26,7%)	
Áp xe	16 (53,3%)	8 (53,3%)	8 (53,3%)	

Nhận xét: Trên X-quang, răng mọc ngầm/kẹt chiếm 33,3% và thấu quang quanh chóp 20,0%. Siêu âm ghi nhận hình ảnh áp xe ở 53,3% bệnh nhân. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ về đặc điểm hình ảnh học ($p > 0,05$).

3.4. Phân loại nhiễm trùng vùng hàm mặt do răng cối lớn hàm dưới



Biểu đồ 1. Phân loại nhiễm trùng vùng hàm mặt

Nhận xét: Viêm mô tế bào lan tỏa chiếm tỷ lệ cao nhất (53,3%), tiếp theo là khu trú vùng sâu (40,0%) và khu trú nông (6,7%). Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về giới tính ($p = 0,447$).

IV. BÀN LUẬN

Nhiễm trùng vùng hàm mặt do răng, đặc biệt liên quan đến răng cối lớn hàm dưới, là bệnh lý thường gặp và có nguy cơ lan rộng nhanh nếu không được xử trí kịp thời. Nghiên cứu của chúng tôi trên 30 bệnh nhân cho thấy biểu hiện lâm sàng nổi bật là sưng mặt gần như hằng định, tỷ lệ viêm mô tế bào lan tỏa tương đối cao và phần lớn bệnh nhân có tăng bạch cầu khi nhập viện. Đáng chú ý, thời gian biểu hiện bệnh ở nữ dài hơn nam có ý nghĩa thống kê ($p = 0,048$), trong khi mức độ nhiễm trùng và các chỉ số cận lâm sàng không khác biệt theo giới. Những phát hiện này góp phần làm rõ đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nhiễm trùng do răng cối lớn hàm dưới.

4.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu ghi nhận tuổi trung bình $50,6 \pm 17,4$, nam và nữ phân bố tương đương. Độ tuổi này cao hơn nghiên cứu của Gadicherla và cộng sự ($38,6 \pm 19,7$ tuổi) [6] và Kamiński và cộng sự [10]. Sự khác biệt có thể liên quan đến phạm vi đối tượng nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi chỉ thu nhận bệnh nhân nhiễm trùng do răng cối lớn hàm dưới có mũ, điều trị nội trú và có chỉ định phẫu thuật, trong khi các nghiên cứu đối chiếu khảo sát phổ nhiễm trùng vùng hàm mặt rộng hơn. Vì vậy, sự khác biệt về cấu trúc quần thể và tiêu chuẩn lựa chọn có thể ảnh hưởng đến phân bố tuổi giữa các nghiên cứu.

4.2. Đặc điểm lâm sàng nhiễm trùng vùng hàm mặt do răng cối lớn hàm dưới

Về lâm sàng, hai biểu hiện phổ biến là mất cân xứng mặt và hạn chế há miệng. Tỷ lệ sưng mặt cao tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Quang (100%) [11] và Gadicherla (99,2%) [6], khẳng định đây là dấu hiệu gần như hằng định. Hạn chế há miệng thấp hơn nghiên cứu của Gadicherla (68,0%) và Đậu Đức Thành (80,1%) [6], [8], nhưng tương đương nghiên cứu của Nguyễn Thanh Quang (39,3%) [11], có thể do khác biệt mức độ lan rộng khoang nhiễm trùng. Trong mẫu nghiên cứu, thời gian biểu hiện bệnh trung bình ở nữ dài hơn nam. Tuy nhiên, nghiên cứu không thu thập các yếu tố liên quan đến hành vi tìm kiếm chăm sóc y tế hoặc khả năng tiếp cận điều trị, do đó không thể giải thích nguyên nhân của sự khác biệt này. Nhiễm trùng do răng cối lớn hàm dưới dễ lan từ ổ nhiễm quanh chóp hoặc quanh thân răng qua bản xương vỏ vào các mô mềm và khoang cân cơ lân cận. Tình trạng phù nề, phản ứng viêm và tụ mủ tại các khoang vùng hàm mặt làm biến dạng khuôn mặt, gây mất cân xứng mặt, khi lan đến vùng cơ nhai hoặc khoang dưới hàm, bệnh nhân có thể xuất hiện hạn chế há miệng, nuốt đau hoặc khó nuốt. Điều này giải thích vì sao mất cân xứng mặt và hạn chế há miệng là các biểu hiện nổi bật trong nghiên cứu.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng nhiễm trùng vùng hàm mặt do răng cối lớn hàm dưới

Về đặc điểm cận lâm sàng, số lượng bạch cầu trung bình $14,5 \pm 5,1$ G/L, 86,7% tăng bạch cầu, cao hơn nghiên cứu của Kamiński (60,5%) [10], tương đương với phát hiện của Đậu Đức Thành (92,9%) [8], điều này phù hợp với bệnh cảnh nhiễm trùng cấp do răng. Tương tự, Nguyễn Tiến Thành và cộng sự (2024) ghi nhận 85,9% có bạch cầu $\geq 10.000/\text{mm}^3$ [5]. Sự khác biệt này có thể một phần liên quan đến tiêu chuẩn lựa chọn, do nghiên cứu hiện tại chỉ bao gồm các trường hợp nhiễm trùng do răng cối lớn hàm dưới có mũ, cần điều trị nội trú và phẫu thuật, trong khi quần thể của Kamiński bao gồm nhiều nhóm nhiễm trùng

miệng - hàm mặt khác nhau. Đáng chú ý, nghiên cứu không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lượng bạch cầu giữa hai giới. Về vi sinh, tỷ lệ nuôi cấy dương tính trong nghiên cứu tương đối thấp, với 5/30 trường hợp (16,7%), ở mức thấp so với Gadicherla (21,1%) [6], Kamiński (58,0%) [10]. Kết quả này có thể liên quan đến thời điểm lấy mẫu bệnh phẩm, tình trạng sử dụng kháng sinh trước nhập viện và việc chưa thực hiện nuôi cấy vi khuẩn kỵ khí thường quy. Ngoài ra, bối cảnh nghiên cứu chủ yếu thực hiện nuôi cấy vi khuẩn hiếu khí và chưa triển khai nuôi cấy kỵ khí thường quy, trong khi nhiễm trùng do răng thường có bản chất đa vi khuẩn, gồm cả vi khuẩn hiếu khí/tùy nghi và kỵ khí, trong đó các nhóm thường được ghi nhận gồm *viridans streptococci*, *Streptococcus anginosus*, cầu khuẩn kỵ khí, *Prevotella* và *Fusobacterium spp* [12], [13], [14]. Do đó, việc chưa khảo sát thường quy vi khuẩn kỵ khí có thể làm hạn chế khả năng phát hiện đầy đủ căn nguyên vi sinh. Trong 5 mẫu nuôi cấy dương tính, *Klebsiella pneumoniae* được phân lập ở 4 trường hợp. Tuy nhiên, số mẫu dương tính còn ít, tỷ lệ này chỉ phản ánh phân bố trong nhóm mẫu nuôi cấy dương tính và chưa đủ cơ sở để xác định *Klebsiella pneumoniae* là tác nhân chủ đạo của nhiễm trùng vùng hàm mặt do răng cối lớn hàm dưới.

4.4. Phân loại nhiễm trùng vùng hàm mặt do răng cối lớn hàm dưới

Trong nghiên cứu hiện tại, viêm mô tế bào lan tỏa chiếm ưu thế. Điều này có thể liên quan đến đặc điểm giải phẫu của răng cối lớn hàm dưới, do vùng này gần các khoang dưới hàm, dưới lưỡi, dưới cằm và khoang cơ cắn. Khi nhiễm trùng lan vào các khoang cơ cắn, biểu hiện không còn khu trú mà chuyển sang sưng nề lan rộng hoặc liên quan nhiều khoang giải phẫu. Do đó, phân loại nhiễm trùng giúp phản ánh mức độ lan rộng ban đầu và hỗ trợ nhận diện các trường hợp có nguy cơ diễn tiến nặng. Tỷ lệ lan tỏa tương đối cao nhấn mạnh khả năng lan rộng nhanh của nhiễm trùng do răng cối lớn [4], đặc biệt hàm dưới vì là nhóm răng liên quan chặt chẽ đến nhiễm trùng khoang dưới hàm theo như Keswani và cộng sự ghi nhận [3]. Mặc dù tỷ lệ nhiễm trùng lan tỏa ở nam cao hơn nữ trong mẫu nghiên cứu, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuy nhiên, cỡ mẫu nhỏ ($n = 30$) có thể hạn chế khả năng phát hiện khác biệt giữa các nhóm.

Nhìn chung, các phát hiện hiện tại góp phần bổ sung dữ liệu thực tế về đặc điểm và mức độ nhiễm trùng vùng hàm mặt do răng cối lớn hàm dưới, qua đó có thể hỗ trợ đánh giá ban đầu và định hướng xử trí tại bệnh viện. Mặc dù đạt được một số kết quả nhất định, nghiên cứu này vẫn còn một vài điểm hạn chế. Do nghiên cứu chỉ thực hiện tại một trung tâm với 30 bệnh nhân được tuyển trong thời gian xác định, độ chính xác của các ước lượng còn hạn chế và khả năng khái quát hóa kết quả chưa cao. Việc tuyển liên tiếp các trường hợp đủ tiêu chuẩn và chỉ thu nhận những bệnh nhân nội trú có ổ mủ cần xử trí phẫu thuật khiến dữ liệu có thể thiên lệch về nhóm bệnh nặng, chưa phản ánh đầy đủ phổ lâm sàng của các ca nhiễm trùng nhẹ điều trị ngoại trú. Tỷ lệ nuôi cấy vi sinh dương tính còn thấp và chưa triển khai nuôi cấy vi khuẩn kỵ khí thường quy, làm giảm tính toàn diện khi đánh giá căn nguyên gây bệnh. Cuối cùng, thiết kế nghiên cứu mới chỉ dừng lại ở việc mô tả đặc điểm cắt ngang tại thời điểm nhập viện, chưa theo dõi và đánh giá được kết cục điều trị cũng như diễn tiến bệnh lâu dài.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy ở nhóm bệnh nhân nội trú có nhiễm trùng vùng hàm mặt do răng cối lớn hàm dưới có mủ và cần phẫu thuật, mất cân xứng mặt, hạn chế há miệng, tăng bạch cầu và viêm mô tế bào lan tỏa là những đặc điểm thường gặp. Bệnh nhân nữ có thời

gian biểu hiện bệnh dài hơn đáng kể so với nam. Các phát hiện nhấn mạnh sự cần thiết của việc đánh giá đồng thời biểu hiện lâm sàng, đáp ứng viêm và phạm vi lan rộng của nhiễm trùng trong tiếp cận ban đầu, qua đó hỗ trợ nhận định mức độ bệnh và định hướng xử trí tại cơ sở điều trị tuyến tỉnh. Tuy nhiên, kết quả cần được diễn giải trong giới hạn của nghiên cứu đơn trung tâm và số lượng mẫu còn hạn chế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Flynn TR. Principles and surgical management of head and neck infections. In: Bagheri SC, Bell RB, Khan HA, eds. *Current Therapy in Oral and Maxillofacial Surgery*. 1st ed. Elsevier Saunders, 2012, 1080-1091, doi: 10.1016/B978-1-4160-2527-6.00117-1.
2. Kauffmann P., Cordesmeier R., Tröltzsch M., Sömmer C., and Laskawi R. Deep neck infections: a single-center analysis of 63 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2017. 22(5), e536-e541, doi: 10.4317/medoral.21799.
3. Keswani E.S., and Venkateshwar G. Odontogenic maxillofacial space infections: A 5-year retrospective review in Navi Mumbai. *J Maxillofac Oral Surg*. 2019. 18(3), 345-353, doi: 10.1007/s12663-018-1152-x.
4. Moghimi M., Baart J.A., Karagozoglu K.H., and Forouzanfar T. Spread of odontogenic infections: A retrospective analysis and review of the literature. *Quintessence Int*. 2013. 44(4), 351-361, doi: 10.3290/j.qi.a29150.
5. Nguyễn Tiên Thành, Phạm Như Hải và Lê Ngọc Tuyền. Kết quả điều trị bệnh nhân viêm nhiễm vùng hàm mặt tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024. 539(2), 1-5, doi: 10.51298/vmj.v539i2.9780.
6. Gadicherla S., Manglani K., Pentapati K.C., Kudva A., Aramanadka C., et al. Profile of patients with maxillofacial space infections and associated risk factors. *Sci World J*. 2024. 2024, 9304671, doi: 10.1155/2024/9304671.
7. Jevon P., Abdelrahman A., and Pigadas N. Management of odontogenic infections and sepsis: An update. *Br Dent J*. 2020. 229(6), 363-370, <https://doi.org/10.1038/s41415-020-2114-5>.
8. Đậu Đức Thành, Phan Thị Thục Anh, Đậu Lê Thủy, Nguyễn Việt Anh, Đặng Đình Quang và cộng sự. 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. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2025. 66(CD9), 63-68, doi: 10.52163/yhc.v66iCD9.2680.
9. Hupp J.R., Tucker M.R., and Ellis E. *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery*. 7th ed. Elsevier. 2019.
10. Kamiński B., Błochowiak K., Kołomański K., Sikora M., Karwan S., et al. Oral and maxillofacial infections-a bacterial and clinical cross-section. *J Clin Med*. 2022. 11(10), 2731, doi: 10.3390/jcm11102731.
11. Nguyễn Thanh Quang và Trương Nhựt Khuê. 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. 8, 248-251.
12. Robertson D., and Smith A.J. The microbiology of the acute dental abscess. *J Med Microbiol*. 2009, 58(Pt 2), 155-162, doi: 10.1099/jmm.0.003517-0.
13. Siqueira J.F. Jr, and Rôças I.N. Microbiology and treatment of acute apical abscesses. *Clin Microbiol Rev*. 2013. 26(2), 255-273, <https://doi.org/10.1128/CMR.00082-12>.
14. Stefanopoulos P.K., and Kolokotronis A.E. The clinical significance of anaerobic bacteria in acute orofacial odontogenic infections. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2004. 98(4), 398-408, doi: 10.1016/j.tripleo.2004.01.016.