

OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT OF MANDIBULAR ANGLE FRACTURES USING AN INTRAORAL APPROACH IN 2025-2026

Phan Thi Thanh Giang¹, Le Thi Thuy Ly¹, Phạm Thanh Hải¹

¹Department of dentistry, Haiphong University of Medicine and Pharmacy-No. 72A Nguyen Binh Khiem, Gia Vien Ward, Hai Phong, Vietnam

Received: 05/11/2025

Revised: 06/01/2026; Accepted: 04/06/2026

ABSTRACT

Background: Mandibular angle fractures are common injuries in maxillofacial trauma, affecting anatomy, function and esthetics.

Objective: To describe the clinical and radiographic characteristics and to evaluate the surgical outcomes of intraoral treatment of mandibular angle fractures using titanium miniplate fixation.

Materials and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 37 patients with mandibular angle fractures who underwent surgical treatment at Viet Tiep Friendship Hospital in Hai Phong, and Hai Phong University of Medicine and Pharmacy Hospital from October 2025 to April 2026.

Results: At discharge, 94.6% of patients had good occlusion. At 12 weeks after surgery, 86.5% achieved good overall outcomes.

Conclusion: Surgical treatment of mandibular angle fractures using an intraoral approach with titanium miniplate fixation showed favorable outcomes and offers aesthetic advantages by avoiding external scarring.

Keywords: mandibular angle fracture, miniplate, Champy technique.

*Corresponding author

Email: pttgiang@hpmu.edu.vn **Phone:** (+84) 902243198 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD7.5579

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GÂY GÓC HÀM XƯƠNG HÀM DƯỚI BẰNG ĐƯỜNG TRONG MIỆNG NĂM 2025–2026

Phan Thị Thanh Giang, Lê Thị Thuỳ Ly¹, Phạm Thanh Hải¹

¹Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng-Số 72A Nguyễn Bình Khiêm, phường Gia Viên, Hải Phòng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 05/11/2025

Ngày chỉnh sửa: 06/01/2026; Ngày duyệt đăng: 04/06/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy góc hàm xương hàm dưới là tổn thương thường gặp trong chấn thương hàm mặt, ảnh hưởng đến giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, X-quang và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gây góc hàm xương hàm dưới bằng đường trong miệng sử dụng nẹp miniplate titanium.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 37 bệnh nhân gãy góc hàm xương hàm dưới được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng và Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ 10/2025 đến 04/2026.

Kết quả: Khi ra viện 94,6% trường hợp đạt khớp cắn tốt; sau 12 tuần phẫu thuật 86,5% đạt kết quả tốt.

Kết luận: Phẫu thuật điều trị gãy góc hàm xương hàm dưới bằng đường trong miệng sử dụng nẹp miniplate titanium cho kết quả tốt và có ưu điểm thẩm mỹ do không để lại sẹo ngoài da.

Từ khoá: góc hàm xương hàm dưới, miniplate, Champy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy góc hàm xương hàm dưới là một trong những dạng tổn thương thường gặp trong cấp cứu chấn thương xương hàm dưới, trong đó nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông [1].

Theo nghiên cứu của Hồ Nguyễn Thanh Chơn, gãy góc hàm xương hàm dưới chiếm 18,55% trong tổng số các trường hợp chấn thương hàm mặt [2]. Vùng góc hàm được xem là vị trí có nguy cơ gãy cao do đặc điểm giải phẫu của xương tại đây tương đối mỏng, có sự thay đổi hướng của cấu trúc xương, đồng thời sự hiện diện của răng khôn làm gia tăng nguy cơ gãy tại vị trí này [3]. Mặt khác, vùng góc hàm có liên quan mật thiết với nhiều cấu trúc giải phẫu quan trọng như bó mạch thần kinh hàm dưới và là nơi bám của các cơ nhai [4]. Những đặc điểm này không chỉ ảnh hưởng đến cơ chế tổn thương mà còn đặt ra nhiều yêu cầu trong điều trị nhằm bảo đảm phục hồi tối ưu về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ.

Hiện nay, điều trị gãy góc hàm xương hàm dưới hướng tới các mục tiêu cơ bản là nắn chỉnh chính xác ổ gãy, phục hồi khớp cắn, tái lập chức năng ăn nhai, bảo đảm yếu tố thẩm mỹ và hạn chế tối đa các biến chứng sau phẫu thuật. Trong số các phương pháp đang được áp dụng, phẫu thuật kết hợp xương vùng góc hàm xương hàm dưới qua đường trong miệng, hay còn gọi là phương pháp Champy, là kỹ thuật được sử dụng tương đối phổ biến. Phương pháp này có ưu điểm là đường rạch trong miệng nên bảo đảm tính thẩm mỹ, hạn chế tổn thương mô mềm, giảm nguy cơ để lại sẹo ngoài da; vị trí đặt nẹp tương đối an toàn đối với chóp chân răng, đồng thời tạo được sự vững ổn tại ổ gãy nhờ hệ thống nẹp vít titanium miniplate theo nguyên lý cơ sinh học của Champy.

Phương pháp kết hợp xương qua đường trong miệng đã được ứng dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng và ghi nhận kết quả tốt. Tuy nhiên, hiệu quả điều trị còn phụ thuộc vào đặc điểm tổn thương, chỉ định phẫu thuật, kỹ thuật thực hiện cũng như công tác chăm sóc sau mổ. Xuất phát từ thực tiễn đó, nhằm đánh giá kết quả điều trị và góp phần nâng cao chất lượng điều trị gãy góc hàm xương hàm dưới, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Kết quả điều trị phẫu thuật gãy góc hàm xương hàm dưới bằng đường trong miệng năm 2025–2026”, với hai mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và X-quang của gãy góc hàm xương hàm dưới tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng và Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng trong giai đoạn 2025–2026.
2. Đánh giá kết quả điều trị gãy góc hàm xương hàm dưới bằng đường trong miệng sử dụng nẹp vít titanium miniplate trên các đối tượng nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả tiến cứu theo dõi dọc có can thiệp lâm sàng không đối chứng.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng và Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng trong thời gian từ tháng 10/2025 đến tháng 04/2026.

*Tác giả liên hệ

Email: pttgiang@hpmu.edu.vn Điện thoại: (+84) 902243198 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5579

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên các bệnh nhân chấn thương hàm mặt có gãy góc hàm xương hàm dưới được khám và điều trị phẫu thuật kết hợp xương

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cỡ mẫu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ các trường hợp đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu. Trên thực tế, cỡ mẫu nghiên cứu gồm 37 bệnh nhân.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có gãy góc hàm xương hàm dưới đơn thuần hoặc phối hợp với đường gãy khác trong đó việc xử trí những đường gãy phối hợp kia không gây ảnh hưởng đến khớp cắn và thẩm mỹ với điều trị phẫu thuật là đường rạch trong miệng hoặc điều trị chỉnh hình là cố định 2 hàm nên không gây nhiều cho kết quả nghiên cứu; bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Gãy góc hàm vụn thành nhiều mảnh hoặc mất đoạn; gãy góc hàm do bệnh lý; bệnh nhân không hợp tác trong quá trình nghiên cứu.

2.5. Quy trình phẫu thuật:

Bệnh nhân được phẫu thuật dưới gây mê nội khí quản. Ổ gãy được tiếp cận bằng đường trong miệng, nắn chỉnh và cố định theo nguyên lý Champy bằng một hoặc hai nẹp miniplate titan 2.0. Răng khôn trên đường gãy được xử trí tùy theo tình trạng lâm sàng và mức độ ảnh hưởng đến ổ gãy. Sau mổ, bệnh nhân được theo dõi và điều trị theo phác đồ hậu phẫu

2.6. Biến số nghiên cứu

Khảo sát đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu: tuổi, giới và nguyên nhân chấn thương.

Đánh giá đặc điểm lâm sàng: đau, sưng nề, há miệng hạn chế, gián đoạn cung răng, sai khớp cắn, tê môi dưới và cằm bên gãy.

Đánh giá đặc điểm X-quang: tính chất đường gãy, bờ gãy, kiểu gãy, số lượng đường gãy và sự hiện diện của răng khôn trên đường gãy.

Đánh giá kết quả điều trị tại thời điểm ra viện:

Giải phẫu - Khớp cắn: Tốt: các răng chạm nhau ở 3 vùng khi cắn khít trung tâm; Khá: các răng chạm nhau ở 2 vùng khi cắn khít trung tâm; Kém: các răng chỉ chạm nhau ở 1 vùng khi cắn khít trung tâm.

Thẩm mỹ: Tốt: khuôn mặt cân đối; Khá: khuôn mặt mất cân đối nhẹ; Kém: khuôn mặt biến dạng.

Đánh giá kết quả điều trị sau 12 tuần về phương diện giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ, phân loại thành tốt, khá và kém theo các tiêu chí sau:

Giải phẫu: Tốt: xương liền tốt, không biến dạng, không di lệch hoặc di lệch dưới 1 mm; Khá: xương liền, có biến dạng nhẹ, di lệch từ 1–2 mm; Kém: xương liền kém hoặc không liền, biến dạng rõ, di lệch trên 2 mm.

Chức năng: Tốt: ăn nhai, nói và nuốt bình thường; há miệng đạt 4 cm; khớp cắn đúng; Khá: ăn nhai được; há miệng từ 2–4 cm; sai khớp cắn ít; Kém: ăn nhai khó hoặc không ăn được; há miệng dưới 2 cm; sai khớp cắn nhiều.

Thẩm mỹ: Tốt: khuôn mặt cân xứng; Khá: khuôn mặt biến dạng nhẹ; Kém: khuôn mặt biến dạng rõ.

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

- Khám lâm sàng, chụp X-quang ghi nhận theo phiếu thu thập số liệu

- Tiến hành phẫu thuật điều trị

- Theo dõi sau điều trị tại thời điểm ra viện và sau 12 tuần

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 22.0.

- Sử dụng phương pháp thống kê mô tả (tần suất, tỷ lệ, trung bình)

2.9. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện với sự đồng ý của bệnh nhân

- Thông tin bệnh nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu

- Tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 37 bệnh nhân gãy xương hàm dưới vùng góc hàm. Trong đó, nhóm tuổi thường gặp nhất là 18–39 tuổi, chiếm 62,2%. Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông, chiếm 67,6%. Nam giới chiếm đa số với tỷ lệ 72,9%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và X-quang

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng của gãy góc hàm xương hàm dưới

Triệu chứng lâm sàng	N	%
Đau	35	94,6
Sưng nề	25	67,6
Há miệng hạn chế	27	73,0
Sai khớp cắn	23	62,2
Gián đoạn cung răng	15	40,5
Tê môi dưới và cằm bên gãy	19	51,4

Trong các triệu chứng lâm sàng của gãy góc hàm xương hàm dưới, đau vùng góc hàm bên gãy là triệu chứng thường gặp nhất, chiếm 94,6%. Tiếp theo là há miệng hạn chế, chiếm 73,0%; sưng vùng góc hàm, chiếm 67,6%; và sai khớp cắn, chiếm 62,2%. Dấu hiệu gián đoạn cung răng và tê môi dưới, cằm bên gãy có tỷ lệ lần lượt là 40,5% và 51,4%.

Bảng 2. Đặc điểm X-quang của gãy góc hàm xương hàm dưới

Đặc điểm		N	%
Bên gãy	Bên phải	16	43,2
	Bên trái	21	56,8
Kiểu gãy	Di lệch	24	64,9
	Không di lệch	13	35,1
Hướng gãy	Thuận lợi	12	32,4
	Không thuận lợi	25	67,6
Đường gãy qua răng khôn	Có	31	83,8
	Không	6	16,2

Về đặc điểm X-quang, tỷ lệ đường gãy bên phải và bên trái không có sự khác biệt đáng kể, lần lượt là 43,2% và 56,8%. Kiểu gãy di lệch chiếm tỷ lệ cao hơn rõ rệt, với 64,9%. Hướng gãy không thuận lợi chiếm 67,6%. Tỷ lệ đường gãy đi qua răng khôn là 83,8%.

3.3. Đánh giá kết quả khi ra viện và sau 12 tuần phẫu thuật

Bảng 3. Mức độ chậm răng theo vùng khi ra viện

Tốt		Khá		Kém	
N	%	N	%	N	%
35	94,6	2	5,4	0	0

Bảng 4: Đánh giá thẩm mỹ gương mặt khi ra viện

Tốt		Khá		Kém	
N	%	N	%	N	%
33	89,2	4	10,8	0	0

Tại thời điểm ra viện, kết quả khớp cắn đạt mức tốt với tỉ lệ cao là 94,6%, còn về mặt thẩm mỹ, tỉ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt là 89,2 %

Bảng 5: Đánh giá kết quả sau 12 tuần phẫu thuật

Tốt		Khá		Kém	
N	%	N	%	N	%
32	86,5	5	13,5	0	0

Tại thời điểm ra viện, kết quả khớp cắn được đánh giá ở mức tốt ở 35 trường hợp, chiếm 94,6%; mức khá ở 2 trường hợp, chiếm 5,4%; và không có trường hợp nào ở mức kém. Về mặt thẩm mỹ, 33 trường hợp đạt kết quả tốt, chiếm 89,2%; 4 trường hợp đạt mức khá, chiếm 10,8%; và không có trường hợp nào ở mức kém.

Sau 12 tuần phẫu thuật, kết quả chung cho thấy 32 trường hợp đạt mức tốt, chiếm 86,5%; 5 trường hợp đạt mức khá, chiếm 13,5%; và không có trường hợp nào ở mức kém.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam giới mắc gãy góc hàm xương hàm dưới cao hơn nữ giới rõ rệt, chiếm 72,9%. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước [5]. Nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 18–39 tuổi, chiếm 62,2%. Đây là lứa tuổi tham gia các hoạt động xã hội và lao động tích cực, có tần suất di chuyển và tham gia giao thông cao hơn so với các nhóm tuổi khác. Do đó, tai nạn giao thông là nguyên nhân chủ yếu, chiếm 67,6%. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trước đó [6]. Điều này có thể được lý giải bởi ý thức chấp hành an toàn giao thông chưa tốt, tình trạng sử dụng rượu bia khi tham gia giao thông, cũng như một số đặc điểm hành vi thường gặp ở nam giới như xu hướng điều khiển phương tiện với tốc độ cao hoặc sử dụng xe phân khối lớn. Bên cạnh đó, tại các nước châu Á, trong đó có Việt Nam, xe máy vẫn là phương tiện giao thông phổ biến, đây cũng là yếu tố góp phần làm gia tăng các chấn thương hàm mặt do tai nạn giao thông [7].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và X-quang của gãy góc hàm xương hàm dưới

Kết quả nghiên cứu cho thấy đau là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất trong gãy góc hàm xương hàm dưới, chiếm 94,6% [8]. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu khác [5].

Các triệu chứng thường gặp khác bao gồm há miệng hạn chế, chiếm 73,0%, và sưng nề, chiếm 67,6%. Há miệng hạn chế trong gãy góc hàm thường liên quan đến đau và tổn thương các cơ nhai [6]. Sưng nề là biểu hiện phổ biến trong chấn thương hàm mặt, đặc biệt rõ trong những ngày đầu sau chấn thương do đặc điểm giải phẫu và sinh lý của vùng hàm mặt. Việc thăm khám vị trí sưng nề có ý nghĩa trong định hướng vùng tổn thương. Nhìn chung, đau, sưng nề và há miệng hạn chế là những dấu hiệu lâm sàng thường gặp trong gãy xương hàm dưới [1].

Tuy nhiên, để định hướng chính xác hơn đến gãy góc hàm xương hàm dưới, các nhà lâm sàng thường chú ý đến những dấu hiệu đặc trưng hơn như sai khớp cắn và gián đoạn cung răng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ các dấu hiệu này lần lượt là 62,2% và 40,5%. Do vị trí gãy góc hàm thường nằm ngoài cung răng nên dấu hiệu gián đoạn cung răng không phải lúc nào cũng xuất hiện; dấu hiệu này rõ hơn khi răng khôn đã mọc tham gia vào cung hàm. Điều này có thể góp phần lý giải tỷ lệ gián đoạn cung răng trong nghiên cứu chỉ là 40,5%. Bên cạnh đó, tê bì môi dưới và cằm bên gãy cũng là một dấu hiệu gián tiếp có giá trị trong chẩn đoán, với tỷ lệ ghi nhận là 51,4%. Việc đánh giá triệu chứng tê bì trước phẫu thuật có ý nghĩa trong phân biệt với các rối loạn cảm giác xuất hiện sau phẫu thuật, đồng thời giúp bác sĩ tư vấn đầy đủ cho bệnh nhân.

Trên phim X-quang, tỷ lệ gãy bên trái cao hơn bên phải, lần lượt là 56,8% và 43,2%; tuy nhiên sự khác biệt này không lớn. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu khác [6]. Sự khác biệt có thể liên quan đến cơ chế chấn thương trong tai nạn giao thông, đặc biệt trong bối cảnh xe máy là phương tiện tham gia giao thông phổ biến. Trong nghiên cứu này, gãy di lệch chiếm 64,9%, trong khi hướng gãy không thuận lợi chiếm 67,6%. Ngoài ra, có 83,8% trường hợp có răng khôn hàm dưới nằm trên đường gãy. Đây là yếu tố cần được phẫu thuật viên lưu ý để xây dựng kế hoạch xử trí phù hợp, bao gồm cân nhắc chỉ định lấy bỏ răng khôn trong quá trình phẫu thuật kết hợp xương.

4.3. Đánh giá kết quả điều trị khi ra viện và sau 12 tuần phẫu thuật

Kết quả tại thời điểm ra viện cho thấy khớp cắn đạt mức tốt ở 94,6% trường hợp và không có trường hợp nào xếp loại kém. Ở thời điểm này, bệnh nhân vẫn còn trong giai đoạn cố định hai hàm, do đó việc đánh giá khớp cắn chủ yếu dựa trên mức độ chậm răng theo vùng.

Về mặt thẩm mỹ, tại thời điểm ra viện, 89,2% bệnh nhân đạt kết quả tốt. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng đường rạch trong miệng kết hợp với vị trí kết hợp xương theo nguyên lý Champy nhằm tạo sự vững ổn, đồng thời đảm bảo chức năng vận động của hàm dưới. Do đường rạch được thực hiện trong miệng, không có sẹo ngoài da nên mang lại ưu điểm rõ rệt về mặt thẩm mỹ cho bệnh nhân.

Đánh giá sau 12 tuần phẫu thuật cho thấy 86,5% trường hợp đạt kết quả tốt, 13,5% đạt kết quả khá và không có trường hợp nào xếp loại kém. Kết quả này tương tự với một số nghiên cứu khác [5]. Những trường hợp chỉ đạt mức khá thường là

các ca gãy phối hợp hoặc tổn thương phức tạp ở nhiều vị trí trên cung hàm, do đó một số tiêu chí đánh giá, đặc biệt là khớp cắn và chức năng, chưa đạt mức tối ưu. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy hệ thống nẹp vít miniplate titanium có tính ổn định tốt, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị [8]. Bên cạnh đó, đường rạch phẫu thuật trong miệng cũng mang lại giá trị thẩm mỹ cao, đáp ứng nhu cầu của người bệnh.

5. KẾT LUẬN

Phương pháp điều trị gãy góc hàm xương hàm dưới bằng đường rạch trong miệng có sử dụng nẹp miniplate titanium đã cho kết quả tốt khi ra viện và sau 12 tuần phẫu thuật. Đồng thời, đường rạch trong miệng có lợi thế về mặt tiếp cận trong miệng giúp tránh đường sẹo ngoài da, góp phần nâng cao kết quả thẩm mỹ sau phẫu thuật.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trần Văn Trường, Trương Mạnh Dũng. Tình hình chấn thương hàm mặt tại Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội trong 11 năm từ 1988-1998. Y học Việt Nam. 1999;(10-11):71-73.
- [2] Hồ Nguyễn Thanh Chơn. Chấn thương hàm mặt. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2021. 129 tr.
- [3] Giovacchini F, Paradiso D, Bensi C, et al. Association between third molar and mandibular angle fracture: A systematic review and meta-analysis. J Craniomaxillofac Surg. 2018;46(4):558-565.
- [4] Phạm Văn Liệu. Đặc điểm dịch tễ học gãy xương hàm dưới và so sánh hai phương pháp điều trị gãy góc hàm [luận án Tiến sĩ Y học]. Thành phố Hồ Chí Minh: Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2008.
- [5] Phạm Văn Bé Sáu, Trương Nhựt Khuê, Hồng Quốc Khanh. Đặc điểm lâm sàng, X-quang và kết quả điều trị kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ ở bệnh nhân gãy xương hàm dưới vùng góc hàm tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh năm 2023-2024. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;542(1):355-359.
- [6] Vũ Thị Quý, Đặng Triệu Hùng, Đào Văn Giang. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, X-quang và kết quả điều trị kết hợp xương gãy góc hàm dưới tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;517(1):261-265.
- [7] Yomthasombath T, Lê Ngọc Tuyền, Đặng Triệu Hùng, Nguyễn Đức Hoàng, Bùi Trung Kiên. Kết quả phẫu thuật kết hợp xương gãy cạnh ngang hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội năm 2022-2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;534(1):116-120.
- [8] Nguyễn Quốc Trung, Nguyễn Hồng Hà, Đặng Triệu Hùng. Đặc điểm lâm sàng, phim cắt lớp vi tính của bệnh nhân gãy xương hàm dưới tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2018-2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;531(2):6-10.