

Nghiên cứu nhấn mạnh cần nâng cao quy trình chẩn đoán và điều trị cơn hoảng loạn tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Psychiatric Association** (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)
2. **Klerman GL, Weissman MM, Ouellette R, Johnson J, et al** (1991). Panic Attacks in the Community: Social Morbidity and Health Care Utilization. *JAMA*, 265(6):742-746.
3. **Norton PJ, Zvolensky MJ, Bonn-Miller MO, Cox BJ, et al** (2008). Use of the Panic Attack Questionnaire-IV to assess non-clinical panic attacks and limited symptom panic attacks in Student and Community Samples. *J Anxiety Disord*, 22(7):1159-1171.
4. **De Jonge P, Roest AM, Lim CCW, et al** (2016). Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depress Anxiety*, 33(12):1155-1177.
5. **Sarp A, Arik A, Güz H, Şahin A, et al** (2010). Possible Subtypes of Panic Disorder. *Turk Psikiyatri Derg*, 21:269-279.
6. **Ball SG, Buchwald AM, Waddell MT, Shekhar A** (1995). Depression and generalized anxiety symptoms in panic disorder. Implications for comorbidity. *J Nerv Ment Dis*, 183(5):304-308.
7. **Bovasso G, Eaton W** (1999). Types of Panic Attacks and Their Association With Psychiatric Disorder and Physical Illness.
8. **Kushner MG, Beitman BD** (1990). Panic attacks without fear: an overview. *Behav Res Ther*, 28(6):469-479.

ĐÁNH GIÁ CHỈ SỐ ĐỘ KHÓ NHỎ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI CÓ CHỈ ĐỊNH MỞ XƯƠNG THEO PEDERSON CẢI TIẾN TẠI VIỆN ĐÀO TẠO RĂNG HÀM MẶT NĂM 2023-2024

Trương Mạnh Nguyên¹, Hoàng Kim Loan¹, Nguyễn Hữu Khánh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích độ khó nhỏ răng khôn hàm dưới (RKHD) có chỉ định mở xương tại Viện đào tạo Răng Hàm Mặt năm 2023 – 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh. Bệnh nhân có răng khôn hàm dưới mọc lệch, hoặc ngầm một phần hay toàn bộ, có chỉ định phẫu thuật nhổ răng có mở xương được đánh giá qua thăm khám lâm sàng và chụp phim X quang CT Cone beam với đặc điểm tư thế răng khôn (hướng lệch, độ lệch, kiểu chìm), tình trạng thân chân răng (số lượng, hình dạng), góc giữa trục răng hàm lớn thứ hai và răng khôn hàm dưới, khoảng rộng xương phía xa răng hàm lớn thứ hai hàm với kích thước gần xa của răng khôn hàm dưới, mức độ tiêu xương (nếu có) ở mặt xa răng hàm lớn thứ hai, tương quan của ống thần kinh răng dưới và chân răng khôn hàm dưới, mật độ xương chân răng khôn hàm dưới. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 19,9. Tỷ lệ răng khôn hàm dưới mọc lệch gần chiếm tỉ lệ cao nhất: 51,5%. Hình dạng chân răng 2 chân cụm thuận chiếm tỉ lệ cao nhất: 56,2%. Chiếm đa số trong phân loại về độ sâu răng khôn là loại A2 với tỉ lệ 65,6%. Phân loại răng khôn hàm dưới theo chiều ngang có loại II chiếm tỉ lệ cao nhất: 56,2%. Đa số chân răng khôn hàm dưới không tiếp giáp với ống thần kinh răng dưới với tỉ lệ 62,5%. Mật độ xương trong nghiên cứu chiếm tỉ lệ đa số là loại DI (87,6%). Phần lớn răng khôn hàm dưới có khoảng sáng dây chằng quanh răng giãn rộng (59,4%). Về

đặc điểm mức độ khó nhỏ RKHD, đa số RKHD thuộc mức độ khó trung bình chiếm 71,9%, rất khó chiếm 28,1%. **Kết luận:** Răng khôn hàm dưới thuộc độ khó trung bình chiếm 71,9%, rất khó chiếm 28,1%.

Từ khóa: răng khôn hàm dưới, X Quang, độ khó, mở xương.

SUMMARY

EVALUATION OF MODIFIED PEDERSON INDEX FOR PREDICTING DIFFICULTY OF LOWER THIRD MOLAR SURGICAL EXTRACTION USING OSTEOTOMY AT SCHOOL OF DENTISTRY, HANOI MEDICAL UNIVERSITY IN 2023-2024

Objective: Analysis of the difficulty in extracting lower wisdom teeth with bone exposure indicated at School of Dentistry, Hanoi Medical University in 2023-2024. **Subjects and methods:** Descriptive study based on case serie. Patients with impacted or partially or fully erupted lower wisdom teeth, indicated for extraction with bone exposure, were assessed through clinical examination and Cone Beam CT. Evaluation criteria included wisdom tooth position (angulation, degree of impaction, type), root morphology (number, shape), the angle between the second molar and the lower wisdom tooth, bone width distal to the second molar, mesiodistal dimensions of the lower wisdom tooth, extent of bone resorption (if present) on the distal aspect of the second molar, relation of the inferior alveolar nerve canal to the wisdom tooth roots, and the bone density around the lower wisdom tooth roots. **Results:** The average age of patients was 19.9. The highest proportion of lower wisdom teeth were in a near-vertical position, at 51.5%. The most common root morphology was the tapered two-root type, at 56.2%. The majority of

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Khánh

Email: khanh.dhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 28.10.2024

wisdom teeth were classified as type A2 in depth, at 65.6%. The most common horizontal classification was type II, at 56.2%. Most lower wisdom tooth roots did not contact the inferior alveolar nerve canal, at 62.5%. Bone density was predominantly type DI, at 87.6%. Most lower wisdom teeth had a widened periapical radiolucency, at 59.4%. In terms of extraction difficulty, 71.9% were of moderate difficulty and 28.1% were very difficult. **Conclusion:** Lower wisdom teeth are classified as moderately difficult in 71.9% of cases, 28.1% are considered very difficult.

Keywords: mandibular third molars, X-ray, difficulty, osteotomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng khôn hàm dưới là răng có tỷ lệ mọc kẹt nhiều nhất trên cung hàm và có thể gây ra nhiều biến chứng như: viêm quanh thân răng, sâu mặt xa răng 7, nang xương hàm, khít hàm.¹ Chỉ định nhổ răng bằng phương pháp phẫu thuật trên những bệnh nhân này được áp dụng rộng rãi, đặc biệt với những trường hợp răng khôn lệch ngầm có biến chứng.² Tuy nhiên, phẫu thuật nhổ răng có thể gặp phải nhiều biến chứng (đặc biệt là chỉ định mở xương) như sưng, đau, chảy máu, viêm nhiễm, tổn thương dây thần kinh, gãy tiêu xương mặt xa răng hàm lớn thứ 2... Hầu hết các bác sĩ phẫu thuật đều đồng ý rằng, thời gian phẫu thuật dài, mức độ chấn thương khi phẫu thuật là những yếu tố quan trọng trong việc gây ra các biến chứng hậu phẫu.³ Có rất nhiều bài báo tập trung vào nghiên cứu hình thái lâm sàng và Xquang,^{2,3} tuy nhiên những nghiên cứu đánh giá dựa trên thang điểm độ khó còn hạn chế. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Phân tích độ khó nhổ răng khôn hàm dưới có chỉ định mở xương của một nhóm bệnh nhân đến khám tại Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt năm 2023 – 2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Đối tượng và địa điểm nghiên cứu: Bệnh nhân đến khám và điều trị phẫu thuật răng khôn hàm dưới tại Trung tâm Kỹ thuật cao Khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt, Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt, với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ như sau:

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân có RKHD mọc lệch, hoặc ngầm một phần hay toàn bộ, có chỉ định phẫu thuật nhổ răng có mở xương; Bệnh nhân được giải thích và hợp tác tốt; Bệnh nhân được làm bệnh án đầy đủ.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Có các bệnh toàn thân chưa cho phép phẫu thuật: tim mạch, huyết áp, bệnh về máu, đái tháo đường, đang dùng thuốc ức chế miễn dịch; Bệnh nhân mang thai,

đang cho con bú; Các răng đang viêm nhiễm cấp tính; Bệnh nhân không đồng ý chụp phim Conebeam CT.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 7 năm 2023 đến tháng 6 năm 2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả chùm ca bệnh

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu:

Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích.

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu:

Bước 1: Lập bệnh án nghiên cứu phù hợp với đối tượng và mục đích nghiên cứu

Bước 2: Khám lâm sàng và phân tích đánh giá trên phim CT Cone Beam

Bước 3: Nhập và xử lý số liệu

Bước 4: Tổng hợp và viết báo cáo

2.2.4. Tiêu chuẩn đánh giá: Những bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được ghi nhận trong bệnh án nghiên cứu các thông tin như sau: thông tin chung và Xquang.

- Thông tin chung: Tuổi, giới

- Xquang (Chỉ số độ khó răng khôn lệch – ngầm hàm dưới theo Pederson cải tiến bởi Mai Đình Hưng và Nguyễn Phú Thăng): Tương quan khoảng rộng xương sau RHL thứ hai tới cành cao; Độ sâu răng khôn so với mặt nhai của RHL thứ hai; Trục răng khôn; Chân răng; Mật độ xương; Khoảng sáng dây chằng quanh răng.

2.2.5. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và nhập bằng phần mềm Excel 2023, mã hóa và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 26.

2.2.6. Vấn đề đạo đức y học. Nghiên cứu được thực hiện khi có sự cho phép của Hội đồng thông qua Đề cương Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt. Tôn trọng đối tượng nghiên cứu, mọi thông tin về đối tượng nghiên cứu đều được đảm bảo bí mật. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích học tập và nghiên cứu khoa học, không phục vụ cho mục đích nào khác. Đối tượng nghiên cứu đều được khám, điều trị và theo dõi trong quá trình nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu

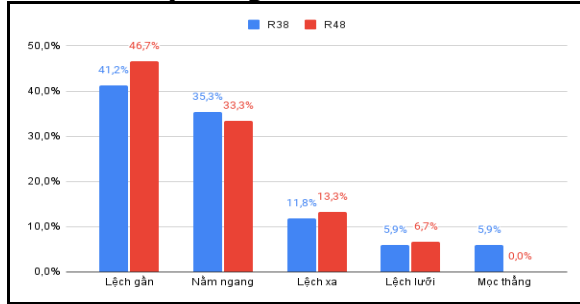
Tuổi	Nam	Nữ	Chung
X ± SD	19,8± 1,0	20 ± 1,3	199 ± 1,7
n	10	10	20
%	50	50	100

Nghiên cứu được thực hiện trên tổng số 33 răng của 20 bệnh nhân, trong đó nam chiếm 50% và nữ chiếm 50%. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 19,9 trong đó cao nhất là 22 tuổi

và thấp nhất là 19 tuổi. Tuổi trung bình của bệnh nhân nữ có xu hướng cao hơn của bệnh nhân nam, lần lượt là $20 \pm 1,3$ và $19,8 \pm 1,0$

3.2. Đặc điểm lâm sàng, kết quả X quang của răng khôn hàm dưới

3.2.1. Trục răng khôn hàm dưới



Biểu đồ 1. Đặc điểm phân loại trục răng khôn hàm dưới

Trục răng khôn hàm dưới có đa dạng phân loại hơn ở R38 với tỉ lệ răng lệch gần góc chiếm đa số (41.2%), tiếp đến là răng nằm ngang (35,3%), lệch xa góc (11,8%), lệch lười (5,9%) và cuối cùng là mọc thẳng chiếm tỉ lệ thấp nhất (5,9%); R48 răng lệch gần góc cũng chiếm tỉ lệ nhiều nhất (46,7%), tiếp theo là nằm ngang (33,3%), lệch xa góc (13,3%), lệch lười (6,7%).

3.2.2. Hình dạng chân răng

Bảng 3. Đặc điểm hình dạng chân răng của RKHD

Hình dạng chân răng	Răng				Tổng	
	R38		R48			
	n	%	n	%	n	%
2 chân cụm thuận	9	28,1	9	28,1	18	56,2
2 chân cong thuận chiều	5	15,6	3	9,4	8	25
2 chân dạng choãi ngược chiều	2	6,3	3	9,4	5	15,7
1 chân thuận	1	3,1	0	0	1	3,1
Tổng	17	53,1	15	46,9	32	100

Về hình dạng chân răng ghi nhận được, chiếm đa số là 2 chân cụm thuận với tỉ lệ 56,2%, 2 chân cong thuận chiều chiếm 25%, 2 chân dạng choãi ngược chiều chiếm tỉ lệ 15,7% là cuối cùng là dạng 1 chân thuận chiếm tỉ lệ 3,1%.

3.2.3. Độ sâu răng khôn hàm dưới.

Chiếm đa số trong phân loại về độ sâu răng khôn là loại A2 với tỉ lệ 65,6%, loại B chiếm tỉ lệ 18,8% và cuối cùng là loại A1 với tỉ lệ 15,6%.

3.2.4. Đặc điểm phân loại răng khôn dưới theo chiều ngang.

Bảng 4. Đặc điểm phân loại răng khôn dưới theo chiều ngang

Răng	Phân loại					
	I		II		III	
	n	%	n	%	n	%
R38	3	9,4	10	31,2	4	12,5

R48	3	9,4	8	25	4	12,5	15	46,9
Tổng	6	18,8	18	56,2	8	25	32	100

Phân loại răng khôn hàm dưới theo chiều ngang có loại II chiếm tỉ lệ cao nhất (56,2%), tiếp đến là loại III (25%) và cuối cùng là loại I (18,8%).

3.2.5. Tương quan chân RKHD với ống TKRD.

Bảng 5. Tương quan chân RKHD với ống TKRD

Tương quan	R38		R48		TỔNG	
	N	%	N	%	N	%
Chân răng tiếp giáp	6	18,8	4	12,6	10	31,2
Không tiếp giáp	10	31,2	10	31,2	20	62,5
Ống thần kinh rang dưới nằm trong chân răng	1	3,1	1	3,1	2	6,3
Tổng	17	53,1	15	46,9	32	100

Đa số chân răng khôn hàm dưới không tiếp giáp với ống thần kinh răng dưới (62,5%), tiếp theo là đến tỉ lệ chân răng tiếp giáp (31,2%) và cuối cùng tỉ lệ thấp nhất là ống thần kinh răng dưới nằm trong chân răng (6,3%).

3.2.6. Mật độ xương

Bảng 6. Mật độ xương

Răng	Phân loại						Tổng
	DI		DII		DIII		
	n	%	n	%	n	%	
R38	15	47	1	3,1	1	3,1	17
R48	13	40,6	1	3,1	1	3,1	15
Tổng	28	87,6	2	6,2	2	6,2	32

Mật độ xương trong nghiên cứu chiếm tỉ lệ đa số là loại DI (87,6%), tiếp theo là đến DII và DIII với có cùng tỉ lệ (6,2%).

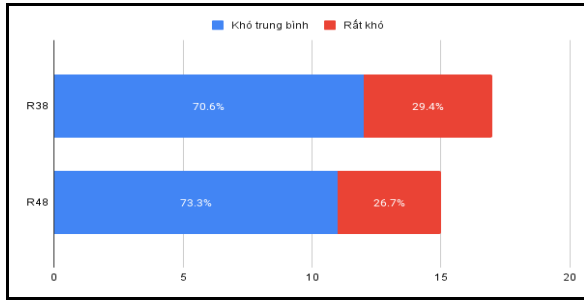
3.2.7. Khoảng sáng dây chằng quanh răng

Bảng 7. Khoảng sáng dây chằng quanh răng

Răng	Phân loại						Tổng
	Giãn rộng	Bình thường (0,1-0,3mm)		Thu hẹp hoặc mất hoàn toàn			
		n	%	n	%	n	%
	10	31,3	7	21,9	0	0	17
	9	28,1	6	18,7	0	0	15
Tổng	19	59,4	13	40,6	0	0	32

Phần lớn răng khôn hàm dưới có khoảng sáng dây chằng quanh răng giãn rộng (59,4%), còn lại là những răng có khoảng sáng bình thường (40,6%), không ghi nhận trường hợp có khoảng sáng dây chằng thu hẹp hoặc biến mất.

3.2.8. Đánh giá độ khó



Biểu đồ 2. Độ khó theo thang điểm của Pederson cải tiến bởi Mai Đình Hưng và Nguyễn Phú Thắng

Về đặc điểm mức độ khó nhổ RKHD, đa số RKHD thuộc mức độ khó trung bình chiếm 71,9%, rất khó chiếm 28,1%

IV. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ răng khôn mọc lệch gần chiếm tỉ lệ lớn nhất (56,3%), sau đó đến mọc ngang (31,3%), mọc lệch xa (6,3%), lệch lười (3,1%) và mọc thẳng (3,1%). Tỉ lệ răng khôn mọc lệch gần chiếm tỉ lệ cao nhất tương tự với nghiên cứu của Hà Ngọc Chiêu,² K.Santos.⁴ Tỷ lệ lệch gần bao giờ cũng cao nhất do quá trình mọc răng khôn hàm dưới chung thừng liên bào với răng hàm lớn thứ nhất và răng hàm lớn thứ hai, hai răng này mọc trước kéo theo sự di chuyển của thừng liên bào này ra phía trước trong khi khoảng mọc răng khôn hàm dưới thường bị thiếu do hai răng này chiếm chỗ.²

Tỷ lệ RKHD lệch gần ở bên trái gần bằng bên phải với tỷ lệ lần lượt là 53,1% và 46,9%, giống với nghiên cứu của Lâm (2023).¹ Tuy nhiên ở nghiên cứu của K.Santos (2022)⁴ cho kết quả ngược lại. Nhìn chung sự khác biệt là không đáng kể vì tỷ lệ chênh lệch giữa 2 bên trái phải là thấp và nguy cơ mọc lệch, ngầm của răng khôn hàm dưới là tương đương nhau. Và không có sự chênh lệch về độ khó giữa bên trái và bên phải.⁵

Trong nghiên cứu của chúng tôi, răng khôn hàm dưới bao gồm răng 1 chân và răng 2 chân, tỉ lệ răng 2 chân chiếm đa số (96,7%). Tỉ lệ này giống với nghiên cứu của Hà Ngọc Chiêu² cũng là 96,7%. Cũng trong nghiên cứu, chân răng cụm thuận chiếm tỉ lệ cao nhất (56,2%), tỉ lệ này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Hà Ngọc Chiêu (79,7%).²

Chiếm đa số trong phân loại về độ sâu răng khôn là loại A2 với tỉ lệ 65,6%, loại B chiếm tỉ lệ 18,8% và cuối cùng là loại A1 với tỉ lệ 15,6%. Loại A2 chiếm tỉ lệ cao nhất là do đa số RKHD lệch gần nên theo phân loại của Mai Đình Hưng sẽ thường xếp vào vị trí A2 là cạnh gần răng khôn dưới đường vòng lớn nhất của RHL thứ hai

trong khi theo phân loại trước đó của Pederson thì những răng này sẽ xếp vào loại A.

Nghiên cứu phân loại răng khôn theo chiều ngang của Pell và Gregory thì tỉ lệ loại II là lớn nhất (56,2%), sau đó là đến loại III (25%) và cuối cùng là loại I (18,8%). Tỉ lệ này tương đương với nghiên cứu của Jae-Young Kim và cộng sự (2019).⁶ Tỉ lệ loại II theo phân loại RKHD theo chiều ngang chiếm tỉ lệ đa số là do răng hàm lớn thứ 3 là răng mọc cuối cùng trên cung hàm, nên khi mọc lên thường sẽ không đủ chỗ, do vậy khoảng cách từ góc hàm đến thân răng 7 sẽ nhỏ hơn chiều ngang của thân răng hàm lớn thứ 3. Ngoài ra, răng hàm lớn thứ 3 hàm dưới đa phần là mọc lệch, do đó càng làm chiều ngang thân răng dài hơn.

Tỉ lệ tiếp giáp của RKHD với ống TKRD là 37,5%, tỉ lệ không tiếp giáp là 62,5%. Số liệu này tương đương với nghiên cứu của Lê Nguyễn Lâm (2023)¹ với tỉ lệ RKHD không liên quan tới ống răng dưới là 69,7%. Con số này thấp có thể là do nghiên cứu này thực hiện trên những đối tượng là răng khôn mọc ngầm và phải phẫu thuật mở xương, do đó đa số RKHD là răng mọc ngầm, mọc lệch, điều này dẫn đến chân răng sẽ cách xa ống TKRD hơn.

Tỉ lệ mật độ xương D1 chiếm đa số (87,6%) là do đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là người trẻ trong độ tuổi 20 Theo nghiên cứu của Renton,⁷ có sự liên quan giữa sự tăng mật độ xương và tuổi tác và độ khó. Điều này giống với nghiên cứu của chúng tôi khi mật độ xương cao (D1) chiếm đa số với độ khó trong nghiên cứu là từ trung bình trở lên.

Khoảng sáng dây chằng quanh răng toàn bộ đều là giãn rộng hoặc bình thường. Theo nghiên cứu của R.Watson,⁸ tỉ lệ RKHD có khoảng sáng quanh răng chiếm tỉ lệ đa số (79,5%), còn lại là tỉ lệ khoảng sáng dây chằng quanh răng hẹp và không quan sát được lần lượt là 19,2% và 1,3%. Có sự khác biệt về số liệu này là do cỡ mẫu, cỡ mẫu của Watson là 473 răng, còn ở nghiên cứu này là 32 răng.

Độ khó sử dụng trong nghiên cứu này là theo thang điểm của Pederson cải tiến bởi Mai Đình Hưng và Nguyễn Phú Thắng, kết quả thu được là RKHD thuộc mức độ khó trung bình chiếm 71,9%, rất khó chiếm 28,1%. Kết quả này là do nghiên cứu lựa chọn bệnh nhân là những đối tượng cần phẫu thuật mở xương trong quá trình thực hiện nhổ răng khôn hàm dưới, do đó độ khó sẽ cao hơn.

Ngoài ra khi sử dụng theo thang điểm của Pederson cải tiến bởi Mai Đình Hưng, toàn bộ răng có độ khó trung bình. Cũng theo nghiên

cứu của Vũ Minh Hoàng,⁵ tỉ lệ răng có độ khó trung bình chiếm tỉ lệ đa số (57,1%), ở nghiên cứu này có thêm kết quả ít khó và rất khó là do có cỡ mẫu lớn hơn.

Đánh giá độ khó trên thang điểm của Pederson, tỉ lệ răng khó trung bình là 56,3%, răng ít khó là 31,2% và răng rất khó là 12,5%. Có sự đa dạng này là do thang điểm của Pederson ít tiêu chí đánh giá hơn.

V. KẾT LUẬN

Trong phạm vi nghiên cứu này, dựa trên độ khó răng khôn lệch – ngầm hàm dưới theo Pederson cải tiến bởi Mai Đình Hưng và Nguyễn Phú Thăng, răng khôn hàm dưới thuộc nhóm "khó trung bình" chiếm 71,9%, nhóm "rất khó" chiếm 28,1%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lê Nguyên Lâm, Võ Văn Biêt.** Đặc điểm lâm sàng, X-quang phân loại răng khôn theo Pell và Gregory tại Bệnh viện Đa khoa Cái Nước. VMJ. 2023;522(1). doi:10.51298/vmj.v522i1.4293
- Hà Ngọc Chiêu, Nguyễn Đình Phúc, Nguyễn Mạnh Cường và cộng sự.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm. VMJ. 2023; 526(2). doi:10.51298/vmj.v526i2.5584

- Nguyễn Mạnh Phú, Nguyễn Thị Phương Thảo, Đinh Thị Thái và cộng sự.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng răng khôn hàm dưới mọc lệch theo Parant II-III. VMJ. 2023;525(1B). doi:10.51298/vmj.v525i1B.5098
- Santos KK, Lages FS, Maciel CAB, et al.** Prevalence of Mandibular Third Molars According to the Pell & Gregory and Winter Classifications. J Maxillofac Oral Surg. 2022;21(2):627-633. doi:10.1007/s12663-020-01473-1
- Vũ Minh Hoàng, Vũ Anh Dũng.** Đánh giá kết quả phẫu thuật răng 8 hàm dưới mọc lệch, mọc ngầm sử dụng tay khoan phẫu thuật chếch góc tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. Tạp chí Y dược Thái Bình. 2021(01):64-68.
- Kim JY, Yong HS, Park KH, et al.** Modified difficult index adding extremely difficult for fully impacted mandibular third molar extraction. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2019;45(6):309-315. doi:10.5125/jkaoms.2019.45.6.309
- Renton T, Smeeton N, McGurk M.** Factors predictive of difficulty of mandibular third molar surgery. Br Dent J. 2001;190(11):607-610. doi:10.1038/sj.bdj.4801052
- Carvalho RWF, do Egito Vasconcelos BC.** Assessment of Factors Associated With Surgical Difficulty During Removal of Impacted Lower Third Molars. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2011;69(11): 2714-2721. doi:10.1016/j.joms.2011.02.097

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN SỎI MẬT Ở BỆNH NHÂN TÁN SỎI QUA DA TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hải Sơn¹, Lê Thanh Dũng², Nguyễn Thái Bình^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh và đánh giá giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán sỏi mật trên bệnh nhân tán sỏi qua da tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu trên 60 bệnh nhân có sỏi mật được đánh giá tình trạng sỏi mật bằng siêu âm (SA), cắt lớp vi tính (CLVT) và cộng hưởng từ (CHT) trước khi được tán sỏi qua da tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 01/2023 đến hết tháng 6/2024. Sự hiện diện của sỏi được xác nhận và kiểm chứng bằng việc nội soi tán sỏi bằng laser và lấy sỏi bằng rọ cơ học qua đường hầm xuyên qua nhu mô gan. Các đặc điểm về số

lượng sỏi, kích thước sỏi, loại sỏi, đặc điểm bờ, cấu trúc, tín hiệu, vị trí sỏi sẽ được mô tả trên hình ảnh cộng hưởng từ. Giá trị của CHT trong chẩn đoán sỏi mật sẽ được đánh giá so sánh và kiểm chứng bằng phương pháp nội soi đường mật lấy sỏi qua đường hầm xuyên nhu mô gan. **Kết quả:** Các đặc điểm hình ảnh sỏi mật phổ biến trên phim cộng từ bao gồm: 68,3% có trên 3 viên sỏi, 71,7% là sỏi sắc tố, 68,3% sỏi có cấu trúc không đồng nhất, tín hiệu sỏi trên T1W tăng nhiều chiếm 76,7%, 61,7% giảm tín hiệu sỏi trên T2W, 98,3% có giãn đường mật trong gan, 71,7% có giãn đường mật chính ngoài gan và giãn ống mật chủ. Tỷ lệ phát hiện sỏi trên siêu âm, cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ lần lượt là 78,3%, 95,3% và 100%. Vị trí phát hiện sỏi trên CHT trùng khớp với các vị trí thực tế được kiểm chứng trong quá trình can thiệp tán sỏi bằng laser và lấy sỏi qua da bằng rọ cơ học. **Kết luận:** CHT là phương pháp chẩn đoán không xâm hại, có khả năng phát hiện sỏi mật tốt hơn siêu âm và cắt lớp vi tính. Khả năng phát hiện và đánh giá tốt về số lượng, kích thước, vị trí của sỏi mật trong gan và ngoài gan. Ngoài ra còn có giá trị trong việc đánh giá đường mật và nhu mô gan lân cận.

Từ khóa: Sỏi đường mật, cộng hưởng từ mật tụy(MRCP), tán sỏi đường mật qua da.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthainh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 29.10.2024