

Yarh cao hơn và nguy cơ lớn hơn của HCDBTT [10]. Nghiên cứu của Lin cũng chỉ ra rằng những người bệnh Parkinson có HCDBTT thì có điểm Hoehn và Yarh trung bình cao hơn hẳn so với những người bệnh không bị [7]. Nghiên cứu của Ozer cũng cho kết quả là so với những người bệnh ở giai đoạn sớm của bệnh Parkinson (điểm Hoehn và Yarh 1-2) thì người bệnh ở giai đoạn muộn hơn (điểm Hoehn và Yarh là 3,4,5) có nguy cơ mắc HCDBTT cao hơn với OR = 5,3 (95% CI: 1,85 -15,23) [12]. Điều đó cho thấy rằng việc sàng lọc HCDBTT ở người bệnh Parkinson là rất quan trọng đặc biệt là ở các giai đoạn sớm để phát hiện sớm và can thiệp kịp thời để có thể dự phòng và đảo ngược HCDBTT nhằm nâng cao sức khỏe và tuổi thọ cho người bệnh Parkinson nói riêng và cộng đồng nói chung.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu nhấn mạnh tuổi cao, giới nữ, thời gian mắc bệnh Parkinson dài, chỉ số đồng bệnh lý Charlson càng cao và mức độ nặng của bệnh Parkinson theo giai đoạn Hoehn và Yarh càng cao có mối liên quan độc lập với gia tăng nguy cơ mắc HCDBTT ở người bệnh Parkinson.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pringsheim T, Jette N, Frolkis A, Steeves TDL. The prevalence of Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Movement Disorders*. 2014/11/01 2014;29(13):1583-1590.
2. Muangpaisan W, Mathews A, Hori H, Seidel D. A systematic review of the worldwide

- prevalence and incidence of Parkinson's disease. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2011;94(6):749.
3. Macleod AD, Taylor KSM, Counsell CE. Mortality in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Movement Disorders*. 2014/11/01 2014;29(13):1615-1622.
4. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*. Mar 2001;56(3): M146-156.
5. Roland KP, Jakobi JM, Jones GR, Powell C. Quality of life as a determinant of frailty phenotype in community-dwelling persons with Parkinson's disease. *J Am Geriatr Soc*. Mar 2012;60(3):590-592.
6. Smith N, Brennan L, Gaunt DM, Ben-Shlomo Y, Henderson E. Frailty in Parkinson's Disease: A Systematic Review. *Journal of Parkinson's disease*. 2019;9(3):517-524.
7. Lin W-C, Huang Y-C, Leong C-P, et al. Associations Between Cognitive Functions and Physical Frailty in Patients With Parkinson's Disease. *Front Aging Neurosci*. 2019;11:283-283.
8. Abraham DS, Pham Nguyen TP, Willis AW. Claims-Based Frailty and Outcomes: Applying an Aging Measure to Older Adults with Parkinson's Disease. *Movement Disorders*. 2021/08/01 2021;36(8):1871-1878.
9. Smith N, Gaunt DM, Whone A, Ben-Shlomo Y, Henderson EJ. The Association Between Frailty and Parkinson's Disease in the ReSPOND Trial. *Can Geriatr J*. 2021;24(1):22-25.
10. Peball M, Mahlknecht P, Werkmann M, et al. Prevalence and Associated Factors of Sarcopenia and Frailty in Parkinson's Disease: A Cross-Sectional Study. *Gerontology*. 2019;65(3):216-228.

ĐẶC ĐIỂM X QUANG RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT NAM – CU BA HÀ NỘI NĂM 2024

Nguyễn Việt Anh¹, Lã Thu Trang¹, Phùng Thị Thu Hà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm X quang răng khôn hàm dưới (RKHD) ở người trưởng thành tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba Hà Nội năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên cỡ mẫu gồm 72 bệnh nhân có răng khôn hàm dưới đến khám tại Khoa Răng miệng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba Hà Nội từ 1/2024 - 6/2024 được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và chụp X quang

Panorama. Các biến số nghiên cứu gồm tuổi, giới, tư thế RKHD, vị trí độ sâu của RKHD so với răng hàm lớn thứ 2; tương quan RKHD với khoảng rộng xương hàm, hình dạng, số lượng chân RKHD. **Kết quả:** độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 30,65 ± 10,63 và không có sự khác biệt về giới tính. RKHD mọc lệch gần chiếm tỷ lệ cao nhất với 53,33%; khoảng cách giữa phía xa răng 7 đến bờ trước cạnh lên nhỏ hơn kích thước gần xa thân răng 8 chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 55,83%. Đa số RKHD có điểm cao nhất thân răng cao hơn hoặc bằng mặt nhai răng 7 (chiếm tỷ lệ 73,33%). Hình thể chân răng 8 chủ yếu là cong (39,16%), tỷ lệ các răng có 2 chân là 84,17%. **Kết luận:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 30,65 ± 10,63, sự khác biệt về giới tính trong nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu, RKHD gặp nhiều nhất ở tư thế lệch gần, độ sâu loại A, khoảng rộng xương loại II. Tỷ lệ RKHD có 2 chân, chân răng cong chiếm ưu thế. **Từ khóa:** răng khôn hàm dưới, X quang, Panorama

¹Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lã Thu Trang

Email: tranghuy1219@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025

SUMMARY**CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF LOWER WISDOM TEETH IN ADULTS AT VIETNAM – CUBA FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2024**

Objectives: To describe the radiographic characteristics of lower wisdom teeth in adults at Vietnam-Cuba Friendship Hospital, Hanoi, in 2024. **Method:** 72 patients with lower wisdom teeth who visited the Department of Dentistry, Vietnam-Cuba Friendship Hospital, Hanoi, were interviewed, clinically examined, and underwent panoramic X-ray imaging. The study variables included age, gender, the position of lower wisdom teeth (LWT), the depth of LWT to the second molar, the correlation of LWT with the width of the jawbone, shape, and the number of roots of LWT. **Results:** The average age of the patients was 30.65 ± 10.63 , with no significant difference in gender. Most LWTs were in the mesial angulation, accounting for 53.33%. The distance from the distal side of tooth 7 to the anterior border of the ascending ramus was smaller than the mesiodistal size of the crown of tooth 8, which was the most common, at 55.83%. The highest point of the crown of tooth 8 was equal to or higher than the occlusal surface of tooth 7, which occurred most frequently, at 73.33%. The root shape of tooth 8 was mostly curved (39.16%), and 84.17% of teeth had two roots. **Conclusion:** The average age of patients was 30.65 ± 10.63 , with a higher proportion of females than males. This study found LWTs most commonly found in a mesial position, with type A depth and type II jawbone width. The majority of LWTs had two roots, with curved roots being predominant. **Keywords:** Mandibular wisdom teeth, X-ray, Panorama

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng khôn hàm dưới (RKHD) là thuật ngữ để mô tả răng hàm lớn thứ 3 hàm dưới, là răng có thời gian hình thành và phát triển dài nhất so với tất cả các răng khác. RKHD thường mọc ở tuổi 18 đến 25, khi các răng còn lại đã ổn định vị trí trên cung hàm¹. Do nhiều nguyên nhân, RKHD có thể gây biến chứng tại vùng hàm mặt, ảnh hưởng tới sức khỏe và tinh thần của bệnh nhân. Do đó, RKHD thường được chỉ định nhổ bỏ trong điều trị nha khoa. Dựa vào đặc điểm về hình thể, vị trí, tư thế mọc và những liên quan giải phẫu, bác sỹ nha khoa có thể xác định mức độ nguy cơ và tiên lượng các biến chứng có thể xảy ra. Từ đó lập kế hoạch điều trị cụ thể với từng trường hợp lâm sàng, làm giảm nguy cơ tai biến, biến chứng, di chứng trong và sau điều trị. Nhằm nâng cao hiểu biết, nhận thức của mọi người, đặc biệt ở đối tượng người trưởng thành với những nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra của RKHD cũng như góp phần vào cơ sở dữ liệu nghiên cứu, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "*Mô tả một số đặc điểm X quang*

răng khôn hàm dưới ở người trưởng thành tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba Hà Nội năm 2024".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là người trưởng thành đủ từ 18 tuổi trở lên đến khám tại Khoa Răng miệng - Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân có RKHD trên lâm sàng, đồng ý chụp phim Panorama.
- Bệnh nhân đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- Phim Panorama của bệnh nhân đúng tiêu chuẩn.
- Phiếu thu thập thông tin của bệnh nhân đầy đủ dữ liệu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đang mang thai.
- Bệnh nhân không có RKHD trên lâm sàng.
- Bệnh nhân không hợp tác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Áp dụng cách chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên đến khám tại Khoa Răng miệng - Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba Hà Nội trong khoảng thời gian nghiên cứu, đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ được đưa vào nghiên cứu

Phương tiện nghiên cứu:

- Phiếu thu thập số liệu nghiên cứu.
- Phim X quang Panorama của bệnh nhân
- Bộ dụng cụ khám nha khoa: khay, gương, gắp, thăm trầm.

Các bước tiến hành thu thập số liệu:

- * Thu thập thông tin về
 - Tên, tuổi, giới, địa chỉ
 - Lý do đến khám: đau, sưng, dự phòng, các nguyên nhân khác
- Bệnh sử, tiền sử
- * Trên phim Panorama:
 - Xác định góc giữa trục răng 8 so với trục răng 7; dùng bút vẽ lại trục của răng 8 và răng, sau đó dùng eke xác định góc giữa 2 trục này.
 - Xác định chiều rộng gần – xa của thân răng 8; xác định khoảng cách giữa 2 điểm lõm nhất của thân răng 8 phía gần và phía xa (mm).
 - Xác định khoảng cách từ mặt xa răng 7 đến bờ trước cảnh cao XHD: đặt thước song song mặt phẳng khớp cắn hàm dưới, xác định khoảng cách ngắn nhất giữa mặt xa răng 7 và bờ trước cảnh cao XHD.

2.3. Các biến số nghiên cứu: Các biến số nghiên cứu gồm tuổi, giới, tư thế răng khôn hàm dưới, vị trí độ sâu của răng khôn hàm dưới so với răng hàm lớn thứ 2, tương quan răng khôn hàm dưới với khoảng rộng xương hàm.

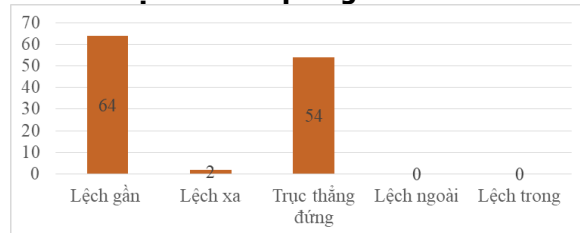
2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê y học trên phần mềm SPSS 21.0. Trình bày bảng, biểu đồ thể hiện các kết quả nghiên cứu.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành khi được thông qua bởi Hội đồng bảo vệ Khóa luận tốt nghiệp Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội và sự cho phép của Ban giám đốc Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba Hà Nội. Các bệnh nhân được nghiên cứu hoàn toàn trên tinh thần tự nguyện. Thông tin do đối tượng cung cấp được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 72 bệnh nhân, trong đó nữ chiếm 66,67% và nam chiếm 33,33%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 30,65 tuổi, cao nhất là 66, thấp nhất là 18. Tuổi trung bình của bệnh nhân nữ tương đương nam, lần lượt là $30,92 \pm 11,02$ và $30,48 \pm 10,25$.

3.2. Đặc điểm X quang



Biểu đồ 1. Đặc điểm về tư thế RKHD

Ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu, số lượng RKHD lệch gần góc chiếm tỷ lệ cao nhất với 45,00%. Chỉ có 2 RKHD mọc lệch xa chiếm 1,67% và không xuất hiện RKHD mọc lệch ngoài hay lệch trong.

Bảng 1. Đặc điểm vị trí độ sâu của RKHD so với răng 7

Vị trí	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vị trí A	88	73,33
Vị trí B	32	26,67
Vị trí C	0	0
Tổng số	120	100

Qua nghiên cứu trên 120 RKHD cho thấy RKHD ở vị trí A chiếm tỷ lệ cao nhất (73,33%), tiếp theo là RKHD ở vị trí B chiếm 26,67%, không có RKHD ở vị trí C.

Bảng 2. Đặc điểm RKHD theo tương quan khoảng rộng xương

Tương quan	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Loại I	53	44,17
Loại II	67	55,83
Loại III	0	0
Tổng số	120	100

Qua nghiên cứu nhận thấy tương quan khoảng rộng xương loại II hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 55,83%, tiếp đến là loại I với 44,17%, không có RKHD có tương quan khoảng rộng xương loại III.

Bảng 3. Đặc điểm về hình dáng chân răng của RKHD

Chân răng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chẽ	32	26,67
Thẳng	29	24,16
Cong	47	39,16
Chùm	10	12
Dùi trống	2	1,82
Tổng số	120	100

Đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu có chân RKHD dạng cong với 39,16%. Hình thể chân răng gây khó khăn cho phẫu thuật, yêu cầu chia cắt chiếm tỷ lệ thấp như chân răng dùi trống 1,82%.

Bảng 4. Phân bố số lượng chân RKHD

Số lượng chân răng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1 chân	14	11,67
2 chân	101	84,17
3 chân	5	4,17
Tổng số	120	100

Tỷ lệ các RKHD có 2 chân chiếm tỷ lệ cao nhất với 84,17%. Răng 1 chân chiếm 11,67% và 3 chân chiếm 4,17%. Không có bệnh nhân nào có số lượng chân răng nhiều hơn 3 chân.

Bảng 5. Đặc điểm RKHD theo phân loại Pell - Gregory

	Vị trí A Số lượng (n) (%)	Vị trí B Số lượng (n) (%)	Tổng Số lượng (n) (%)	p
Loại I	50(41,67%)	3(2,5%)	53(44,17%)	< 0,001
Loại II	38(31,66%)	29(24,17%)	67(55,83%)	
Tổng số	88(73,33%)	32(26,67%)	120(100%)	

Đặc điểm RKHD trong nghiên cứu của chúng tôi theo phân loại của Pell – Gregory, RKHD vị trí A, loại I gặp nhiều nhất với 50 răng, chiếm tỷ lệ 41,67%, tiếp theo là những RKHD ở vị trí A, loại II với 38 răng, chiếm tỷ lệ 31,66%. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào răng ở vị trí C và loại III theo phân loại Pell – Gregory.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi dựa vào phim Panorama để đánh giá răng khôn hàm dưới. Nghiên cứu trên 72 bệnh nhân, có 120 RKHD cho thấy độ tuổi trung bình là 30,65 tuổi, trong đó độ tuổi của nữ là

30,92 ± 11,02 và của nam là 30,48 ± 10,25. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ cao hơn bệnh nhân nam (66,67%), có thể do sự quan tâm đến vấn đề nhổ răng sớm ở nữ giới ngày càng tăng, đặc biệt là nhóm trong độ tuổi 20 – 35. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê vì nghiên cứu của chúng tôi không đại diện cho một quần thể mà chỉ lựa chọn các đối tượng có RKHD đã mọc trên lâm sàng đến khám tại Khoa Răng Miệng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba Hà Nội.

Trên lâm sàng và phim Panorama có thể mô tả được tương quan hai chiều: chiều đứng và chiều trước sau về hình thái mọc của RKHD. Trong 120 RKHD có 64 răng lệch gần góc chiếm tỷ lệ cao nhất 53,33%, còn lại là các trường hợp RKHD mọc thẳng chiếm 45,00% và lệch xa chiếm 1,67%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, RKHD lệch gần góc và mọc thẳng chiếm tỷ lệ cao nhất phù hợp với tác giả Lê Anh Chiến² với tỷ lệ RKHD lệch gần góc là 54,55%. Tỷ lệ lệch gần bao giờ cũng cao nhất so quá trình mọc RKHD chung thường liên bào với răng hàm lớn thứ nhất và thứ hai hàm dưới, hai răng này mọc trước kéo theo sự di chuyển của từng liên bào này ra phía trước trong khi khoảng mọc RKHD thường bị thiếu do hai răng này chiếm chỗ.

Vị trí RKHD đóng vai trò quan trọng trong phẫu thuật, vị trí càng thấp thì độ khó nhổ càng lớn, thao tác phẫu thuật càng khó, khả năng quan sát trực tiếp trên miệng hạn chế và dễ ảnh hưởng đến răng 7. Vị trí A và B thường được xác định trên lâm sàng, vị trí C cần được xác định rõ qua phim X quang. Dựa vào tương quan điểm cao nhất của RKHD so với mặt nhai răng 7 theo chiều đứng, đã chỉ ra RKHD ở vị trí A (73,33%) và vị trí B (26,67%). Vị trí C không ghi nhận trường hợp nào. Vị trí A và vị trí B thường được xác định qua thăm khám lâm sàng. Vị trí A và B là vị trí thường gặp và hay gây biến chứng do đã xuất hiện trong khoang miệng, trải qua quá trình ăn nhai và chịu chế độ vệ sinh răng miệng kém nên rất dễ xảy ra biến chứng.

Tương quan giữa độ rộng phía sau răng 7 so với kích thước gần xa của RKHD là một tiêu chí quan trọng đánh giá mức độ kẹt của RKHD cũng như tiên lượng về độ khó và lập kế hoạch phẫu thuật nhổ RKHD. Qua nghiên cứu trên 120 RKHD thấy khoảng rộng xương loại II chiếm tỷ lệ cao nhất (55,83%). Nghiên cứu của Bùi Thanh Ngoan³ cho thấy tỷ lệ loại II chiếm 50,62%, Maryam Tofangchiha⁴ tỷ lệ loại II cao nhất (51,30%), Aleksandra Jaron⁵ kết quả loại II 51,3%. Kết quả tương tự nhau giữa nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác về tỷ lệ

RKHD loại II cao nhất, loại III ít gặp nhất. Cho thấy xu hướng kém phát triển xương hàm dưới dẫn đến RKHD không đủ chỗ mọc và không đủ cho việc nhổ lấy răng ra một cách bình thường mà cần phải loại bỏ một phần xương hoặc chia nhỏ chân răng để hạn chế sang chấn và phòng tránh các biến chứng cho bệnh nhân.

Về hình thể và số lượng chân răng, trong nghiên cứu này có kết quả tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thanh Hải¹ và Lê Thị Thu Hải⁶ về hình dạng chân răng cong thường gặp nhất. Điều này cho thấy chân răng cong gây bất lợi cho phẫu thuật chiếm tỷ lệ khá cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số RKHD có 2 chân chiếm 84,17%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Thị Linh⁷, tỷ lệ RKHD có 2 chân chiếm 82,00%, do sự tương đồng về cỡ mẫu. Nhưng ở nghiên cứu của Lê Thị Thu Hải⁶, RKHD có 1 chân có tỷ lệ cao nhất (60,10%). Có sự khác nhau do giải phẫu đa dạng của RKHD. Hình thể của chân RKHD rất đa dạng, có trường hợp từ 1 chân, 2 chân, nhiều hơn 2 chân, tương quan giữa các chân cũng có nhiều hình thái từ chụm đến cong, chệch gây cản trở cho quá trình phẫu thuật nên chụp phim X quang và đánh giá kỹ để lựa chọn cách thức phẫu thuật phù hợp. Hình thể chân răng một phần nào cho thấy đây là nguyên nhân làm cho RKHD không mọc được hết lên cung hàm, cũng giúp cho phẫu thuật viên chủ động hơn khi phẫu thuật, tránh gây chấn thương khi lấy răng. Hình dáng chân răng được xác định qua X – quang, thông thường chân răng có thể nghiêng gần hay nghiêng xa hơn khi quan sát, những chân răng nhỏ có thể bị chồng lấp và dễ bị bỏ sót khi quan sát. Qua khảo sát được hình dáng, số lượng, độ cong chân răng chúng ta có thể lên kế hoạch điều trị phù hợp cho từng RKHD, xác định điểm tựa nhằm lấy chân răng phòng chống gây cưỡng răng, hạn chế biến chứng, là yếu tố quyết định thành công của phẫu thuật.

Vì vậy trước khi tiến hành phẫu thuật nên chụp phim và đánh giá kỹ càng để đưa ra phương án phẫu thuật hợp lý tránh những tai biến không đáng có và rút ngắn thời gian các thao tác trên lâm sàng. Các trường hợp chân cong, chệch không thuận chiều bẫy nên chủ động chia chân.

Theo phân loại RKHD của Pell và Gregory, tỷ lệ RKHD của chúng tôi ở loại I - vị trí A chiếm tỷ lệ cao nhất 41,67%, chiếm tỷ lệ cao thứ hai là loại II – vị trí A 31,66%. Không có RKHD ở vị trí C. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê do $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với tác giả Lê Anh Chiến². Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi có

sự khác biệt với nghiên cứu của các tác giả Aleksandra Jaron⁵ vị trí II loại A có tỷ lệ cao nhất, tiếp đó là vị trí B loại II, nghiên cứu của Santos KK⁸ loại II vị trí B cũng có tỷ lệ lớn nhất, xấp xỉ bằng loại II vị trí A. Điều này có thể lý giải do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn, khác nhau về chủng tộc của đối tượng nghiên cứu và cách chọn đối tượng và phương pháp nghiên cứu khác nhau.

Bảng 6. So sánh mối liên quan giữa vị trí của R8HD với các tác giả

	Aleksandra Jaron và cộng sự (2021)	Santos KK (2022)	Lê Anh Chiến (2011)	Lã Thu Trang và cộng sự (2024)
Cỡ mẫu	1585	1087	206	120
IA	159	164	170	50
IB	105	82	11	3
IC	35	1	0	0
IIA	574	234	137	38
IIB	452	278	69	29
IIC	89	68	1	0
IIIA	68	4	1	0
IIIB	72	63	2	0
IIIC	29	161	2	0

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 30,65 ± 10,63. Trong nghiên cứu, RKHD gặp nhiều nhất ở tư thế lệch gần, độ sâu loại A, khoảng rộng xương loại II. Tỷ lệ RKHD có 2 chân, chân răng cong chiếm ưu thế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thanh Hải, Dương Văn Bảo** (2021). Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X quang của bệnh nhân có răng khôn hàm dưới mọc ngầm tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam, 515, 213 – 219.
2. **Lê Anh Chiến** (2011). Nhận xét hình thái mọc răng khôn hàm dưới trên phim Panorama, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ y khoa, Đại học Y Hà Nội.
3. **Bùi Thanh Ngoan** (2011). Nhận xét về mối liên quan giữa hình thái mọc và các biến chứng của răng khôn hàm dưới, Khóa luận tốt nghiệp Bác sỹ Y khoa, Đại học Y Hà Nội.
4. **Maryam Tofangchiha and H. Zahra và cộng sự** (2020). Radiographic Position of Impacted Mandibular Third Molars and Their Association with Pathological Conditions. International Journal of Dentistry.
5. **Aleksandra Jaron, Grzegorz Trybek** (2021). The Pattern of Mandibular Third Molar Impaction and Assessment of Surgery Difficulty: A Retrospective Study of Radiographs in East Baltic Population. J. Environ. Res. Public Health, 18(11).
6. **Lê Thị Thu Hải, Lê Diệp Linh** (2024). Đặc điểm X quang và mối liên quan tới một số yếu tố lâm sàng ở bệnh nhân răng khôn hàm dưới mọc lệch”. Tạp chí Y học Việt Nam, 537, 2, 141 – 144.
7. **Hoàng Thị Linh** (2023). Đặc điểm lâm sàng và hình thái trên phim CTGB của người bệnh có răng khôn hàm dưới gây biến chứng. Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội.
8. **Santos KK, Lages FS, Maciel CAB** (2021). Prevalence of Mandibular Third Molars According to the Pell & Gregory and Winter Classifications. J Maxillofac Oral Surg. 2022 Jun;21(2):627-633.

MỘT SỐ KÍCH THƯỚC CỦA ĐỘNG MẠCH MU CHÂN VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI CÁC MỐC GIẢI PHẪU XUNG QUANH

Nguyễn Thanh Vân¹, Trần Hoàng Hiếu¹, Nguyễn Tiến Huy²,
Nguyễn Văn Nhựt³, Nguyễn Hoàng Vũ³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định kích thước của động mạch mu chân và khoảng cách từ động mạch mu chân và các nhánh của nó đến các mốc xung quanh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca trên xác người Việt Nam trưởng thành, còn nguyên vẹn vùng mu chân và được xử lý bằng formalin tại Bộ môn Giải phẫu, Đại học Y Dược Thành

phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Trong số 15 mẫu thi hài được phẫu tích, có 9 nam và 6 nữ, tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 69,9 ± 8,9 tuổi, nhỏ nhất là 57 tuổi và lớn nhất là 91 tuổi. Động mạch mu chân có chiều dài trung bình là 95,2 ± 7,9 mm và đường kính trung bình là 2,6 ± 0,5 mm. Khoảng cách từ động mạch mu chân đến đỉnh mắt cá trong là 36,9 ± 5,5 mm và mắt cá ngoài là 43,5 ± 5,5 mm. Khoảng cách từ động mạch gan chân sâu đến kẽ ngón chân I-II là 51,5 ± 10,3 mm và khớp cổ bàn chân I là 17,9 ± 3,6 mm. Nghiên cứu tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các dạng động mạch mu chân về khoảng cách đến mắt cá ngoài. **Kết luận:** Các phẫu thuật viên nên khảo sát động mạch mu chân bằng siêu âm mạch máu hay chụp động mạch trước phẫu thuật để tránh tổn thương mạch máu và gây ra các biến chứng không mong muốn. **Từ khóa:** Động mạch mu chân, động mạch gan chân sâu, đường kính, chiều dài

¹Trường Y Dược, Đại học Trà Vinh

²Phòng Khám Chuyên Khoa PTTM Saigon Venus

³Trường Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Vân
Email: tsbsthanhvan@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025