

- managing assay interference," Ann Clin Biochem, vol. 53, no. Pt 5, pp. 527-38, 2016.
3. **M. R. Glick, K. W. Ryder and S. A. Jackson**, "Graphical comparisons of interferences in clinical chemistry instrumentation," Clin Chem USA, vol. 32, no. 3, pp. 470-5, 1986.
 4. **O. Sonntag and A. Scholer**, "Drug interference in clinical chemistry: recommendation of drugs and their concentrations to be used in drug interference studies," Ann Clin Biochem, vol. 38, no. Pt 4, pp. 376-85, 2001.
 5. **Saracevic, N. Nikolac and A. M. Simundic**, "The evaluation and comparison of consecutive high speed centrifugation and LipoClear(R) reagent for lipemia removal," Clin Biochem, vol. 47, no. 4-5, pp. 309-14, 2014.
 6. **M. Grunbaum, B. M. Gilfix and R. S. Hoffman**, "Review of the effect of intravenous lipid emulsion on laboratory analyses," Clin Toxicol (Phila), vol. 54, no. 2, pp. 92-102, 2016.
 7. **Westgard**, "westgard.com," Westgard QC, 2014. [Online]. Available: <https://westgard.com/cia-a-quality/quality-requirements/biodatabase1.html>. [Accessed 01 12 2024].
 8. **N. Nikolac, A. M. Simundic and M. Miksa**, "Heterogeneity of manufacturers' declarations for lipemia interference - an urgent call for standardization," Clin Chim Acta, vol. 426, pp. 33-40, 2013.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM XƯƠNG HÀM VÀ XOANG HÀM TRÊN TẠI VÙNG MẤT RĂNG HÀM LỚN HÀM TRÊN BẰNG PHIM CT CONE BEAM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT NAM – CUBA NĂM 2024

Nguyễn Thị Ngọc Anh¹, Nguyễn Quang Trường²,
Phùng Thị Thu Hà², Phạm Thị Huyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát kích thước, mật độ xương hàm và đặc điểm xoang hàm trên tại vùng mất răng hàm lớn trên bằng phim CT Cone Beam tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cuba. **Đối tượng:** File DICOM phim CTCB của bệnh nhân mất răng hàm lớn trên chụp tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cuba từ tháng 01/2024 đến tháng 04/2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 98 vùng mất răng hàm lớn hàm trên với tuổi trung bình của bệnh nhân là 58,4, tỉ lệ nam, nữ lần lượt là 48% và 52%. Chiều cao xương hàm >4mm chiếm tỉ lệ cao (85,7%) với hai nhóm 4-8mm và >8mm lần lượt chiếm tỉ lệ 41,8% và 43,9%. Khi mất một răng, chiều rộng xương hàm >6mm chiếm ưu thế (chiếm 58,8% số vùng mất một răng). Khi mất hai răng, chiều rộng xương hàm <6mm chiếm ưu thế (chiếm 61,5% số vùng mất hai răng). Khi mất một răng, chiều dài xương hàm <12mm trong đó nhóm 8-12mm chiếm tỉ lệ cao 81,5%. Khi mất hai răng, chiều dài xương hàm >8mm với tỉ lệ tương đương nhau ở hai nhóm 8-12mm và >14mm. Không bắt gặp mật độ xương D1 và D2. Chủ yếu gặp xương D4 và D5 với tỉ lệ lần lượt là 37,8% và 55,1%. Tỉ lệ niêm mạc xoang có hình thái bất thường chiếm 37,8% với hai nhóm dầy phẳng và polyp lần lượt chiếm tỉ lệ 33,7% và 4,1%. Độ dày niêm mạc xoang >2mm chiếm 36,7%. Tỉ lệ xuất hiện vách xoang là 14%. **Kết luận:** Sự khác biệt chiều rộng xương hàm theo số lượng răng mất có ý nghĩa thống kê, không có mật độ xương D1 và D2, tỉ lệ niêm

mạc xoang có hình thái bất thường chiếm tỉ lệ khá cao. **Từ khóa:** mất răng hàm lớn hàm trên, kích thước, Cone Beam CT

SUMMARY

ANALYSIS OF ALVEOLAR BONE AND MAXILLARY SINUS OF EDENTULOUS MAXILLA MOLAR SITES USING CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY AT VIET NAM – CUBA FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: Assess the size, density of jaw bone and characteristics of the maxillary sinus in the area of missing maxillary molars using CT Cone Beam film at Vietnam - Cuba Friendship Hospital. **Subject:** DICOM file of CTCB film of Patient lost upper molars taken at Vietnam - Cuba Friendship Hospital from January 2024 to April 2024. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. Results: Results: 98 regions of edentulous upper molar areas, with a mean patient age of 58.4 years. The male-to-female ratio was 48% to 52%. The height of the alveolar bone >4mm was high (85.7%), with two groups, 4-8mm and >8mm, representing 41.8% and 43.9%, respectively. When one tooth was lost, the alveolar bone width >6mm predominated (58.8% of regions with one missing tooth). When two teeth were lost, the alveolar bone width <6mm predominated (61.5% of regions with two missing teeth). When one tooth was lost, the alveolar bone length <12mm, with the 8-12mm group comprising 81.5%. When two teeth were lost, the alveolar bone length >8mm, with similar proportions in the 8-12mm and >14mm groups. No D1 or D2 bone density was observed. D4 and D5 bone densities were primarily found, with proportions of 37.8% and 55.1%, respectively. The rate of abnormal sinus mucosal morphology was 37.8%, with the flat and polyp groups representing 33.7% and 4.1%, respectively. The thickness of the sinus mucosa >2mm accounted

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam Cuba

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Anh

Email: nguyennngocanh.ump@edu.vn

Ngày nhận bài: 9.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025

Ngày duyệt bài: 27.3.2025

for 36.7%. The rate of sinus septa was 14%. Conclusion: The difference in alveolar bone width according to the number of missing teeth was statistically significant. No D1 or D2 bone density was found, and the rate of abnormal sinus mucosal morphology was relatively high. **Keywords:** Maxillary posterior loss, dimension, Cone Beam CT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất răng là một biến cố quan trọng, gây biến đổi tại chỗ và toàn thân, ảnh hưởng đến sức khỏe, thẩm mỹ lẫn chức năng ăn nhai. Đặc biệt là đối với các răng hàm lớn hàm trên có vai trò quan trọng trong chức năng ăn nhai, duy trì kích thước dọc khớp cắn cũng như sự liên tục cung răng. Ngày nay, cấy ghép răng ngày càng phổ biến và bác sĩ cần đánh giá kỹ lưỡng xương hàm và các vùng giải phẫu lân cận để lên kế hoạch điều trị tối ưu. Cụ thể, đối với vùng răng hàm lớn hàm trên thì cần đánh giá kích thước, mật độ xương hàm và đặc điểm xoang hàm trên.

Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *"Khảo sát đặc điểm xương hàm và xoang hàm trên tại vùng mất răng hàm lớn hàm trên bằng phim CT cone beam tại bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cuba năm 2024."*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Dữ liệu lấy từ file phim CTCB của bệnh nhân mất răng hàm lớn hàm trên đã chụp tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cuba từ tháng 01/2024-04/2024

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- File DICOM phim có hình ảnh mất một hoặc nhiều răng hàm lớn hàm trên.
- File DICOM phim có hình ảnh rõ ràng, đánh giá được đầy đủ các cấu trúc giải phẫu vùng mất răng và xoang hàm trên.
- Bệnh nhân người Việt Nam, từ 18 tuổi trở lên.
- Xương hàm vùng mất răng không còn hình ảnh huyết ổ răng, vỏ xương phía sống hàm vùng mất răng được quan sát rõ và liên tục với vỏ xương vùng sống hàm xung quanh.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- File DICOM phim có hình ảnh biến dạng xương hàm tại vị trí mất răng do các bệnh lý ở xương hàm như: nang xương, u xương, loạn sản xơ,...

- File DICOM phim có hình ảnh đã can thiệp khác như: ghép xương, nâng xoang.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp thu thập số liệu: Khảo sát đặc điểm xương hàm trên và xoang hàm trên tại vùng mất răng hàm lớn hàm trên bằng phim CTCB, ghi nhận các chỉ số:

- Số lượng răng mất và vùng răng mất.
- Chiều cao, chiều rộng, chiều dài và mật độ xương hàm tại vùng mất răng hàm lớn hàm trên.
- Phân loại niêm mạc xoang, độ dày niêm mạc xoang và tình trạng vách xoang tại vùng mất răng hàm lớn hàm trên.

Nhập số liệu bằng Excel 2016 và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 98 vùng mất răng hàm lớn hàm trên đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

Bảng 1. Tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu

Giới tính \ Tuổi	Nam		Nữ		Hai giới	
	n	%	n	%	n	%
18 – 44	6	12,8	5	9,8	11	11,2
45 – 59	26	55,3	11	21,6	37	37,8
≥60	15	31,9	35	68,6	50	51
Tổng	47	100	51	100	98	100
$\bar{x} \pm SD$	55 ± 9,5		61,5 ± 11,5		58,4 ± 11,1	

Tỉ lệ nam, nữ trong nghiên cứu lần lượt là 48% và 52%. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 58,4, nhóm trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ 51%.

Bảng 2. Kích thước trung bình xương hàm vùng mất răng theo số lượng răng mất

Số lượng \ Chiều cao	Trung bình chiều cao	Trung bình chiều rộng	Trung bình chiều dài
	Mất 1 răng	7,37±3,33	6,56±1,8
Mất 2 răng	7,16±2,97	6,09±1,98	12,6±1,57
Tổng	7,34±3,27	6,5±1,82	9,77±2,14
p*	0,72	0,0001	0,0000

Sự khác biệt về trung bình chiều cao xương hàm vùng mất răng theo số lượng răng mất không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Giá trị trung bình chiều rộng xương hàm vùng mất răng giảm theo số lượng răng mất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Giá trị trung bình chiều dài vùng mất răng tăng theo số lượng răng mất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3. Chiều cao xương hàm vùng mất răng theo số lượng răng mất

Số lượng \ Chiều cao	<4mm		4-8mm		>8mm	
	n	%	n	%	n	%
Mất 1 răng	12	85,7	35	85,4	38	88,4
Mất 2 răng	2	14,3	6	14,6	5	11,6
Tổng	14	100	41	100	43	100
p*	0,874					

Chiều cao xương hàm >4mm chiếm ưu thế với 2 nhóm 4-8mm và >8mm có tỉ lệ lần lượt là 41.8% và 43,9%. Sự khác biệt chiều cao xương hàm vùng mất răng theo số lượng răng mất không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 4. Chiều rộng xương hàm vùng mất răng theo số lượng răng mất

Chiều rộng \ Số lượng	<6mm		6-9mm		>9mm	
	n	%	n	%	n	%
Mất 1 răng	35	81,4	41	95,3	9	75
Mất 2 răng	8	18,6	2	4,7	3	25
Tổng	43	100	43	100	12	100
p*	0,000					

Chiều rộng xương hàm <9mm chiếm chủ yếu: 86 vùng mất răng (chiếm 87,8%). Sự khác biệt về chiều rộng xương hàm theo số lượng răng mất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Chiều dài xương hàm vùng mất răng theo số lượng răng mất

Chiều dài \ Số lượng	<8mm		8-12mm		12-14mm		>14mm	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mất 1 răng	15	100	60	90,1	10	58,8	0	0
Mất 2 răng	0	0	6	9,9	7	41,2	0	0
Tổng	15	100	66	100	17	100	0	0
p	0,865							

Vùng mất 1 răng có chiều dài xương hàm <12mm trong đó 8-12mm chiếm đa số: 66 vùng mất răng (chiếm 81,5%). Vùng mất 2 răng có chiều dài xương hàm >8mm với tỉ lệ tương đương nhau ở 2 nhóm 8-12mm và 12-14mm. Sự khác biệt về chiều dài xương hàm theo số lượng răng mất không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 6. Mật độ xương hàm vùng mất răng theo số lượng răng mất

Mật độ \ Số lượng	D1	D2	D3	D4	D5	Tổng
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Mất 1 răng	0	0	7 (100)	34 (91,9)	44 (81,5)	85 (86,7)
Mất 2 răng	0	0	0	3 (8,1)	10 (18,5)	13 (13,3)
Tổng	0	0	7 (100)	3 (100)	54 (100)	98 (100)
p	0,303					

Không có vùng mất răng nào có mật độ xương D1 và D2. Mật độ xương D4 và D5 chiếm ưu thế với tỉ lệ lần lượt là 37,8% và 55,1%. Sự khác biệt về chiều dài xương hàm theo số lượng răng mất không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 7. Phân loại niêm mạc xoang

Phân loại	Số lượng (tỉ lệ)	
	n	%
Không tổn thương	61	62,2
Đầy phẳng	33	33,7
Polyp	4	4,1
Tổng	98	100

Số lượng xoang có hình ảnh tổn thương chiếm tỉ lệ cao đến 37,8%.

Bảng 8. Độ dày niêm mạc xoang theo**số lượng răng mất**

Độ dày \ Số lượng	<2m	2-5m	5-10m	>10mm	Tổng
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Mất 1 răng	55 (90,2)	12 (70,6)	12 (92,3)	3 (100)	82 (87,2)
Mất 2 răng	6 (9,8)	5 (29,4)	1 (7,7)	0 (0)	12 (12,8)
Tổng	61 (100)	17 (100)	13 (100)	3 (100)	94 (100)
p	0,070				

Độ dày niêm mạc xoang <2mm chiếm 64,8%. Sự khác biệt độ dày niêm mạc xoang theo số lượng răng mất không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tỉ lệ xuất hiện vách xoang là 14,3% (14 trên 98 vùng xoang hàm).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm mẫu nghiên cứu: Trong nghiên cứu này, tỉ lệ nam nữ lần lượt là 48% và 52%. Bệnh nhân trong nghiên cứu chỉ được xét đến ở độ tuổi trưởng thành (≥ 18 tuổi). Tuổi trung bình của bệnh nhân là $58,4 \pm 11,1$. Tuổi trung bình là khá lớn, điều này phù hợp với tình trạng thực tế là tuổi càng cao thì tỉ lệ mất răng càng lớn.

Chiều cao xương hàm vùng mất răng: Kết quả nghiên cứu cho thấy tại vùng mất răng hàm lớn hàm trên, chiều cao xương hàm 4-8mm và >8mm chiếm tỉ lệ tương đương nhau lần lượt là 41,8% và 43,9%. Trong khi đó nhóm chiều cao <4mm chỉ chiếm tỉ lệ 14,3%. Tỉ lệ này tương tự với nghiên cứu của Lê Quang Đạo [1], có sự khác biệt với nghiên cứu của Acharya [2] và Đoàn Thanh Tùng [3] chủ yếu ở nhóm <4mm và >8mm. Sự khác biệt về tỉ lệ của hai nhóm 8mm trong nghiên cứu này so với các nghiên cứu khác là do các yếu tố khác gây ảnh hưởng đến kích thước sống hàm không được xác định chính xác như: thời gian mất răng, bệnh lý toàn thân, hút thuốc lá, ... Việc xác định chiều cao xương hàm giúp bác sĩ xác định các mốc giải phẫu quan trọng nhằm tiến hành các can thiệp an toàn và cho kết quả tốt hơn. Chiều cao xương hàm là một yếu tố quan trọng tiên lượng kết quả của việc cấy ghép implant: với nhóm chiều cao <4mm thì tỉ lệ thành công của việc cấy ghép implant thấp cũng như sự tiêu vật liệu ghép sau nâng xoang [4,5]

Chiều rộng xương hàm vùng mất răng: Kết quả nghiên cứu cho thấy tại vùng mất răng hàm lớn hàm trên, chiều rộng xương hàm nhóm <6mm và 6-9mm đều là 43,9%, còn ở nhóm >9mm là 12,2%. Tỉ lệ ở nhóm 6-9mm tương tự với nghiên cứu của Lê Quang Đạo [1], Đàm Văn Việt [6]. Sự khác biệt về tỉ lệ ở 2 nhóm <6mm và

>9mm có thể là do các yếu tố khác gây ảnh hưởng đến kích thước sống hàm không được xác định chính xác như: thời gian mất răng, bệnh lý toàn thân, hút thuốc lá,... Mỗi liên hệ giữa chiều rộng xương hàm với số lượng răng mất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Chiều dài xương hàm vùng mất răng:

Kết quả nghiên cứu cho thấy tại vùng mất răng hàm lớn hàm trên, chiều dài xương hàm nhóm 8-12mm chiếm ưu thế với tỉ lệ 70,6%. Tỉ lệ các nhóm chiều dài xương hàm tương tự với nghiên cứu của Lê Quang Đạo [1] và Vũ Việt Hà [7].

Mật độ xương hàm vùng mất răng: Kết quả nghiên cứu cho thấy tại vùng mất răng hàm lớn hàm trên, không xuất hiện mật độ xương D1, D2; mật độ xương hàm D4 và D5 chiếm ưu thế với tỉ lệ lần lượt là 47,8% và 55,1%, mật độ xương D3 chỉ chiếm 7,1%. Tỉ lệ nhóm xương D3 và D4 tương tự với nghiên cứu của Lê Quang Đạo [1] và Sogo M [8]. Có sự khác biệt với các nghiên cứu khác, sự khác biệt này có thể do phương pháp và cách thức đo đạc mật độ xương. Nghiên cứu này sử dụng file DICOM và phần mềm Radiant Viewer để tiến hành đo mật độ xương. Nghiên cứu của Lê Quang Đạo dùng đĩa DICOM và phần mềm Xelis Dental; nghiên cứu của Sogo M đo mật độ xương bằng giá trị voxel sau đó chuyển đổi sang giá trị HU với dải giá trị từ 150-2000 HU, vì vậy kết quả nhiều điểm tương đồng.

Hình thái niêm mạc xoang: Kết quả nghiên cứu cho thấy tại vùng mất răng hàm lớn hàm trên, tỉ lệ niêm mạc xoang bất thường chiếm tỉ lệ cao tới 37,8%. Tỉ lệ này tương tự với nghiên cứu của Lê Quang Đạo [1], thấp hơn so với các nghiên cứu của Shanbhag [9], Đoàn Thanh Tùng [3], Janner [10].

Độ dày niêm mạc xoang tại vùng mất răng: Kết quả nghiên cứu cho thấy tại vùng mất răng hàm lớn hàm trên, niêm mạc xoang dày chiếm tỉ lệ 35,1%. Tỉ lệ này tương tự với các nghiên cứu của Lê Quang Đạo [1], Shanbhag [9], Đoàn Thanh Tùng [3]. Việc đánh giá độ dày niêm mạc xoang trước cấy ghép implant giúp hạn chế biến chứng trong và sau phẫu thuật. Một trong những biến chứng hay xảy ra khi phẫu thuật nâng xoang là thủng niêm mạc xoang (chiếm 10-60%). Với phẫu thuật nâng xoang kín, tỉ lệ thủng niêm mạc xoang thấp nhất khi độ dày niêm mạc xoang từ 1,5-2mm. Đối với kỹ thuật nâng xoang hở, tỉ lệ thủng niêm mạc xoang thấp nhất khi độ dày niêm mạc xoang từ 1-1,5mm và tỉ lệ thủng màng xoang cao khi độ dày dưới 1mm và trên 2mm.

Tình trạng vách xoang: Kết quả nghiên

cứ cho thấy tại vùng mất răng hàm lớn hàm trên, tỉ lệ xuất hiện vách xoang trong nghiên cứu này là 14,3%. Tỉ lệ này thấp hơn so với các nghiên cứu khác của Lê Quang Đạo [1]. Sự khác biệt này có thể do trong nghiên cứu này chỉ xét tình trạng vách xoang tại vùng mất răng hàm lớn hàm trên. Việc xác định vị trí, chiều cao và hướng của vách xoang đóng vai trò quan trọng tới quy trình phẫu thuật về sau. Trong nghiên cứu này chỉ xác định tỉ lệ xuất hiện vách xoang tại vùng mất răng hàm lớn hàm trên, để đánh giá chi tiết hơn cần tiến hành các nghiên cứu khác trong nhóm đối tượng có xuất hiện vách xoang.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 98 vùng mất răng hàm lớn hàm trên, chúng tôi nhận thấy chiều cao xương hàm >4mm chiếm chủ yếu, sự khác biệt chiều cao xương hàm theo số lượng răng mất không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Chiều rộng xương hàm vùng mất răng giảm theo số lượng răng mất, sự khác biệt về chiều rộng xương hàm theo số lượng răng mất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chiều dài xương hàm vùng mất răng 8-12mm chiếm ưu thế với tỉ lệ 67,3%. Không bắt gặp mật độ xương D1, D2, mật độ xương D4 và D5 chiếm ưu thế với tỉ lệ lần lượt là 37,8% và 55,1%.

Tỉ lệ niêm mạc xoang có hình thái bất thường chiếm 37,8%, tỉ lệ niêm mạc xoang dày >2mm chiếm tỉ lệ 35,1%. Tỉ lệ xuất hiện vách xoang là 14,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Quang Đạo (2016).** Nhận xét tình trạng xương hàm và xoang hàm ở bệnh nhân mất răng hàm lớn hàm trên bằng CT Cone Beam tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. Khóa luận tốt nghiệp, đại học Y Hà Nội.
2. **Acharya A, Hao J, Matheos N et al (2014).** Residual ridge dimensions at edentulous maxillary first molar site and periodontal bone loss among two ethnic cohorts seeking tooth replacement. *Cin Oral Impl, Res.* 25, 2013, p 1386-1394.
3. **Đoàn Thanh Tùng, Võ Trương Như Ngọc (2013).** Phân tích độ dày màng xoang, chiều cao sống hàm vùng mất răng sau hàm trên bằng Cone beam CT ứng dụng trong cấy ghép Implant có nâng xoang. *Tạp chí Y học Thực hành (876) – số 7*
4. **Chao, Y.L., Chen, H.H. et al (2010).** Meta-regression analysis of the initial bone height for predicting implant survival rates of two sinus elevation procedures. *Journal of Clinical Periodontology* 37: 456-465.
5. **Klijin, R.J., Brinkhorst, E.M et al (2012).** Predictive value of ridge dimensions on autologous bone graft resorption in staged maxillary sinus augmentation surgery using Cone-Beam CT. *Clinical Oral Implants Research* 23: 409-415.
6. **Đàm Văn Việt (2013).** Nghiên cứu điều trị mất

- răng hàm trên từng phần bằng kỹ thuật implant có ghép xương. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Vũ Việt Hà (2013).** Nhận xét tình trạng xương hàm tại vùng mất răng và các răng kế cận ở bệnh nhân mất răng đơn lẻ được chụp phim CT Cone Beam. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
 8. **Sogo M, Ikebe K et al (2012).** Assessment of bone density in the posterior maxilla based on Hounsfield unit to enhance the initial stability of implants. Clin Implant Dent Relat Res 14 Suppl 1:3183-7.
 9. **Shanbhag S, Karnik P, Shirke P et al (2014).** Cone-beam computed tomographic analysis of sinus membrane thickness, ostium patency, and residual ridge heights in the posterior maxilla: implications for sinus floor elevation. Clin Oral Impl Res, 25, 2014, 755-760.
 10. **Janner, S.F., Caversacio et al (2011).** Characteristics and dimension of the Schneiderian membrane: a radiographic analysis using cone beam computed tomography in patients referred for dental implant surgery in the posterior maxilla. Clin Oral Implant Research 22: 1446-1453.

TẦM SOÁT BAN ĐẦU BỆNH TĂNG CHOLESTEROL MÁU GIA ĐÌNH BẰNG THANG ĐIỂM DLCN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP SỚM

Nguyễn Minh Kha^{1,2}, Hoàng Văn Sỹ^{1,2}

TÓM TẮT⁶⁶

Mở đầu: Bệnh lý tăng cholesterol máu gia đình (Familial hypercholesterolemia, FH) là một rối loạn di truyền gen trội, gây bệnh động mạch xơ vữa sớm, trong đó bệnh động mạch vành. Tại Việt Nam, dữ liệu về tần suất lưu hành của bệnh FH trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp vẫn còn hạn chế. **Mục tiêu:** Xác định ban đầu tần suất lưu hành của bệnh FH ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp nhập viện bằng thang điểm Dutch Lipid Clinic Network (DLCN) lâm sàng. **Đối tượng:** Bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp sớm (nam < 55 tuổi, nữ < 60 tuổi) được nhập viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10/2023 đến tháng 6/2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Nghiên cứu thu thập được 218 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nhận vào, độ tuổi trung bình là 46,9 ± 6,1 tuổi, giới nam chiếm ưu thế và thể nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên chiếm 66,5%. Dựa theo thang điểm DLCN lâm sàng, bệnh nhân thuộc nhóm FH chiếm 12,4% (chắc chắn bị FH 3,2%, nhiều khả năng bị FH 9,2%), nhóm có thể là 28,9% và nhóm không bị FH 58,7%. Bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp sớm kèm bị FH ghi nhận tiền căn gia đình mắc bệnh động mạch vành sớm nhiều hơn, nồng độ cholesterol máu toàn phần, nồng độ LDL-C máu cao hơn với $p < 0,005$ so với nhóm không bị FH. Thang điểm Gensini ở nhóm bị FH là 101,0 (63,2 – 114,2), nhóm có thể là và nhóm không bị FH là và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc bệnh tăng cholesterol máu gia đình dựa trên thang điểm DLCN lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp sớm là cao. Bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp sớm kèm bệnh lý này có nồng độ LDL-C cao hơn và mức độ tổn thương động mạch vành nhiều

hơn. **Từ khóa:** Bệnh tăng cholesterol máu gia đình, LDL-C, nhồi máu cơ tim cấp sớm

SUMMARY

INITIAL SCREENING FOR FAMILIAL HYPERCHOLESTEROLEMIA USING THE DUTCH LIPID CLINIC NETWORK CLINICAL SCORE IN PATIENTS WITH PREMATURE ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Introduction: Familial hypercholesterolemia (FH) is an autosomal dominant genetic disorder associated with premature atherosclerotic cardiovascular disease, particularly coronary artery disease. In Vietnam, data on the prevalence of FH among patients with acute myocardial infarction (AMI) remain limited. **Objective:** To determine the initial prevalence of FH in hospitalized patients with AMI using the Dutch Lipid Clinic Network (DLCN) clinical scoring system. **Subjects:** Patients with premature AMI (men <55 years, women <60 years) admitted to Cho Ray Hospital from October 2023 to June 2024. **Methods:** Descriptive cross-sectional study. **Results:** A total of 218 eligible patients were included, with a mean age of 46.9 ± 6.1 years; males predominated, and ST-elevation myocardial infarction accounted for 66.5% of cases. Based on the DLCN clinical score, FH was identified in 12.4% of patients (definite FH: 3.2%; probable FH: 9.2%), possible FH in 28.9%, and unlikely FH in 58.7%. Premature AMI patients with FH had a higher prevalence of a family history of premature coronary artery disease and elevated levels of total cholesterol and LDL-C ($p < 0.005$). The Gensini score was significantly higher in the FH group at 101.0 (63.2–114.2) compared to the possible and unlikely FH groups, with a statistically significant difference ($p < 0.001$). **Conclusion:** This study highlighted a high prevalence of familial hypercholesterolemia based on the DLCN clinical scoring system in patients with premature AMI. Patients with this condition exhibit higher LDL-C levels and more severe coronary artery disease.

Keywords: Familial hypercholesterolemia, LDL-C, premature acute myocardial infarction

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 24.3.2025