

gan nặng. Điều này có thể ảnh hưởng đến tính tổng quát của kết quả nghiên cứu cho quần thể bệnh nhân xơ gan nói chung.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân xơ gan có biến chứng bệnh não gan thường biểu hiện ở mức độ nặng theo phân loại West Haven. Xuất huyết tiêu hóa và chỉ số NLR cao có liên quan với tăng tỷ lệ bệnh não gan mức độ nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Elwir S, Rahimi RS (2017), "Hepatic Encephalopathy: An Update on the Pathophysiology and Therapeutic Options", J Clin Transl Hepatol, 5(2), pp. 142-151.
2. Vilstrup H, Amodio P, Bajaj J, et al. (2014), "Hepatic encephalopathy in chronic liver disease: 2014 Practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases and the European Association for the Study of the Liver", Hepatology, 60(2), pp. 715-35.
3. Tapper EB, Henderson JB, Parikh ND, et al. (2019), "Incidence of and Risk Factors for Hepatic Encephalopathy in a Population-Based Cohort of Americans With Cirrhosis", Hepatol Commun, 3(11), pp. 1510-1519.
4. European Association for the Study of the Liver (2022), "EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatic encephalopathy", J Hepatol, 77(3), pp. 807-824.
5. Elias TP, Shewaye AB, Fisseha H, et al. (2025), "Predictors of in-hospital mortality among cirrhotic patients in Ethiopia: A multicenter retrospective study", PLoS One, 20(4), pp. e0322532.
6. Bleibel W, Al-Osaimi AM (2012), "Hepatic encephalopathy", Saudi J Gastroenterol, 18(5), pp. 301-9.
7. Demirciler E, Danis N, Ergun P, et al. (2023), "Psychometric tests, critical flicker frequency, and inflammatory indicators in covert hepatic encephalopathy diagnosis", Hepatol Forum, 4(1), pp. 19-24.
8. Sharma P, Sharma BC (2010), "Predictors of minimal hepatic encephalopathy in patients with cirrhosis", Saudi J Gastroenterol, 16(3), pp. 181-7.

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG TRÊN PHIM X-QUANG CỦA RĂNG HÀM SỮA CÓ CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ TỬY

Đinh Thế Ba¹, Phùng Thị Thu Hà², Trịnh Hồng Hương³,
Đàm Văn Việt⁴, Trần Thị Mỹ Hạnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm tổn thương trên phim X-quang của răng hàm sữa có chỉ định điều trị tủy toàn bộ tại Trung tâm Khám chữa bệnh Kỹ thuật cao – Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 64 răng hàm sữa của trẻ từ 4–8 tuổi có chỉ định điều trị tủy toàn bộ. Các đặc điểm trên phim X-quang bao gồm vị trí và kích thước lỗ sâu, tình trạng tiêu chân răng, tiêu xương quanh chân răng, giai đoạn phát triển chân răng và chẩn đoán được ghi nhận. Dữ liệu phân tích bằng kiểm định Fisher với $p < 0,05$. **Kết quả:** Răng hàm sữa thứ hai hàm dưới chiếm tỷ lệ điều trị tủy cao nhất (48,4%). Lỗ sâu rất lớn chiếm 57,8%, chủ yếu ở mặt nhai và cả hai mặt. Tỷ lệ tiêu chân răng bệnh lý là 43,8%, liên quan rõ rệt đến tiêu xương lan rộng và tủy hoại tử có biến chứng. **Kết luận:** Các đặc điểm X-quang như tiêu chân, tiêu xương quanh chân và lỗ sâu lớn liên quan đến mức độ tổn thương tủy. X-quang là công cụ quan trọng hỗ trợ chẩn đoán và định

hướng điều trị. **Từ khóa:** răng hàm sữa; X-quang; tiêu chân răng; tiêu xương; điều trị tủy

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PRIMARY MOLARS INDICATED FOR PULPECTOMY

Objectives: To describe radiographic characteristics of primary molars indicated for pulpectomy at the High - Tech Center - School of Dentistry, Hanoi Medical University. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 64 primary molars from children aged 4–8 years requiring pulpectomy. Radiographic features including carious lesion site and size, root resorption, periradicular bone loss, root development stage, and diagnosis were recorded. Data were analyzed using Fisher's exact test with a significance level of $p < 0.05$. **Results:** The second primary molars in the mandible accounted for the highest proportion of pulpectomy cases (48.4%). Very large carious lesions were observed in 57.8% of cases, mainly on occlusal surfaces or both occlusal and proximal. Pathological root resorption was present in 43.8% of cases and was significantly associated with extensive bone loss and pulp necrosis. **Conclusion:** Radiographic features such as root resorption, periradicular bone loss, and large carious lesions are closely associated with the severity of pulpal damage. Radiographs play a crucial role in early diagnosis and treatment for primary molars.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cuba

³Bệnh viện Bưu điện

⁴Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Mỹ Hạnh

Email: tranmyhanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 20.6.2025

Keywords: primary molars; radiograph; root resorption; bone loss; pulpectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng sữa có vai trò quan trọng trong chức năng ăn nhai, giữ khoảng và định hướng mọc cho răng vĩnh viễn. Do cấu trúc men ngà mỏng và hình thái buồng tủy lớn, các răng này dễ bị sâu tiến triển nhanh vào tủy và cần được chỉ định điều trị tủy nhằm duy trì răng đến thời điểm thay răng sinh lý. Phim X-quang là công cụ hỗ trợ không thể thiếu trong chẩn đoán và đánh giá mức độ tổn thương tủy răng sữa. Các dấu hiệu như tiêu chân răng bệnh lý, tiêu xương quanh chân, kích thước và vị trí lỗ sâu đều góp phần định hướng tiên lượng và chỉ định điều trị.

Một số nghiên cứu cho thấy tiêu chân răng bệnh lý thường đi kèm với tiêu xương chên và tiêu xương chóp, làm tăng nguy cơ thất bại điều trị nếu không được phát hiện sớm.¹ Ngoài ra, hình ảnh tổn thương trên X-quang cũng liên quan đến tình trạng tủy hoại tử kèm biến chứng nha chu.² Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả các đặc điểm tổn thương trên phim X-quang của răng hàm sữa có chỉ định điều trị tủy tại Trung tâm Kỹ thuật cao – Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được thực hiện tại Trung tâm Kỹ thuật cao Khám chữa bệnh – Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 10 năm 2024.

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ em từ 4 – 8 tuổi có răng hàm sữa được chỉ định điều trị tủy toàn bộ, đến khám tại Trung tâm Kỹ thuật cao Khám chữa bệnh – Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Răng hàm sữa được chẩn đoán bệnh lý viêm tủy không hồi phục hoặc tủy hoại tử.
- Răng ở giai đoạn 1, 2 hoặc đầu giai đoạn 3 của quá trình phát triển chân răng.
- Răng chưa từng điều trị tủy trước đó.
- Người giám hộ đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Răng không có khả năng phục hồi thân răng.
- Răng có biến chứng nha chu mạn tính ảnh hưởng đến bao mầm răng.
- Trẻ đang có bệnh lý toàn thân (bệnh tim bẩm sinh, bệnh bạch cầu...)
- Răng có ống tủy bị canxi hóa không thể vượt qua.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu. Tính theo công thức ước lượng tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: Z=1,96 tương ứng với độ tin cậy 95%; p=0,2: tỷ lệ ước lượng răng hàm sữa có tiêu chân răng, theo nghiên cứu của Vieira-Andrade và cộng sự (2012)³

d =0,1: sai số chấp nhận được là ±10%

Từ công thức ta tính được n = 62 răng. Nghiên cứu đã sử dụng toàn bộ 64 răng hàm sữa có phim X-quang đủ tiêu chuẩn trong khoảng thời gian thu thập, đảm bảo đạt yêu cầu về cỡ mẫu tối thiểu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện cho đến khi đủ đối tượng nghiên cứu.

Tiến hành nghiên cứu. Hỏi bệnh, khai thác các thông tin hành chính, lý do vào viện, tiền sử toàn thân và tại chỗ, khám lâm sàng. Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu được chụp phim X-quang tại chỗ. Các đặc điểm của răng và phim X-quang được đánh giá và ghi nhận vào phiếu thu thập số liệu.

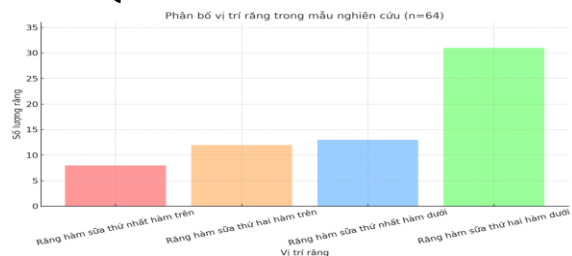
Biến số nghiên cứu. Vị trí răng, vị trí lỗ sâu trên phim, kích thước lỗ sâu trên phim, đặc điểm tiêu chân, đặc điểm tiêu xương quanh chân răng, giai đoạn phát triển chân răng, chẩn đoán bệnh lý tủy.

2.4. Xử lý số liệu. Quản lý số liệu: thông tin được ghi nhận vào bảng kiểm, lưu trữ với phần mềm Microsoft Excel.

Phân tích số liệu: bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS Statistics 20. Sử dụng kiểm định Fisher's exact test với mức ý nghĩa p < 0,05.

Đạo đức trong nghiên cứu. Người giám hộ của bệnh nhi được giải thích rõ ràng về mục đích, nội dung nghiên cứu, các lợi ích và nguy cơ có thể gặp phải trước khi đồng ý tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin cá nhân của bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối và chỉ sử dụng phục vụ nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Phân bố vị trí răng trong mẫu nghiên cứu

Nhận xét: Răng hàm sữa thứ hai hàm dưới chiếm tỷ lệ cao nhất trong mẫu nghiên cứu (48,4%), cho thấy đây là vị trí thường gặp chỉ định điều trị tủy nhất. Các răng còn lại có tỷ lệ thấp hơn đáng kể, với 20,3% là răng hàm sữa thứ nhất hàm dưới, 18,8% là răng hàm sữa thứ hai hàm trên, đặc biệt răng hàm sữa thứ nhất hàm trên chỉ chiếm 12,5%.

Bảng 1. Đặc điểm lỗ sâu của các răng trong mẫu nghiên cứu (n=64)

Kích thước lỗ sâu Vị trí lỗ sâu	Trung bình	Lớn	Rất lớn	Tổng
Mặt nhai	2 7,4%	3 11,1%	22 81,5%	27 100%
Mặt bên	14 66,7%	5 23,8%	2 9,5%	21 100%
Cả mặt nhai + mặt bên	1 6,2%	2 12,5%	13 81,2%	16 100%
Tổng	17 26,6%	10 15,6%	37 57,8%	64 100%
p	0,000 (Fisher's exact test)			

Nhận xét: Kích thước lỗ sâu rất lớn chiếm tỷ lệ cao nhất (57,8%) và chủ yếu xuất hiện ở các răng có sâu lan rộng cả mặt nhai và mặt bên hoặc mặt nhai đơn thuần (cùng 81,2%). Ngược lại, sâu kích thước trung bình và lớn thường gặp ở mặt bên. Sự phân bố này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,000$), cho thấy mối liên quan giữa kích thước lỗ sâu và vị trí tổn thương trên bề mặt răng.

Bảng 2. Phân bố đặc điểm cận lâm sàng các răng trong mẫu nghiên cứu (n=64)

Tổn thương nhà chu Tiêu chân răng	Không tiêu xương	Tiêu xương quanh chóp	Tiêu xương chế	Tiêu xương cả chóp + chế	Tổng
Không tiêu chân	19 52,8%	1 2,8%	13 36,1%	3 8,3%	36 100%
Tiêu chân bệnh lý	2 7,1%	6 21,4%	4 14,3%	16 57,1%	28 100%
Tổng	21 32,8%	7 10,9%	17 26,6%	19 29,7%	64 100%
p	0,000 (Fisher's exact test)				

Nhận xét: Tình trạng tiêu chân răng có liên quan chặt chẽ đến mức độ tiêu xương quanh răng, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,000$). Răng không tiêu chân chủ yếu không tiêu xương (52,8%) hoặc tiêu xương chế (36,1%), trong khi răng có tiêu chân thường gặp tổn thương tiêu xương nặng hơn, đặc biệt là tiêu xương cả chóp và chế (57,1%). Điều này cho thấy tiêu chân răng có thể là yếu tố nguy cơ cho tiêu xương lan rộng.

Bảng 3. Đặc điểm chẩn đoán bệnh lý tủy ở các giai đoạn răng (n=64)

Chẩn đoán Giai đoạn răng	Viêm tủy không hồi phục	Tủy hoại tử không biến chứng nha chu	Tủy hoại tử có biến chứng nha chu	Tổng
1	1 14,3%	2 28,6%	4 57,1%	7 100%
2	13 27,7%	2 4,3%	32 68,1%	47 100%
3	1 10%	2 20%	7 70%	10 100%
Tổng	15 23,4%	6 9,4%	43 67,2%	64 100%
p	0,112 (Fisher's exact test)			

Nhận xét: Tỷ lệ chẩn đoán tủy hoại tử có biến chứng nha chu chiếm cao nhất ở cả ba giai đoạn răng (67,2% tổng số ca). Trong khi đó, viêm tủy không hồi phục và tủy hoại tử không biến chứng chiếm tỷ lệ thấp hơn rõ rệt (lần lượt 23,4% và 9,4%). Không có sự khác biệt thống kê rõ rệt giữa các chẩn đoán theo giai đoạn răng ($p = 0,112$), tuy nhiên xu hướng cho thấy bệnh lý tiến triển nặng hơn ở các giai đoạn sau.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã phân tích các đặc điểm tổn thương trên phim X-quang của 64 răng hàm sữa được chỉ định điều trị tủy toàn bộ tại Trung tâm Kỹ thuật cao Khám chữa bệnh – Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt. Kết quả cho thấy răng hàm sữa thứ hai hàm dưới chiếm tỷ lệ cao nhất trong các vị trí răng được điều trị (48,4%). Về đặc điểm lỗ sâu đánh giá trên phim X-quang, phần lớn răng có kích thước lỗ sâu rất lớn (57,8%), đặc biệt ở các vị trí sâu lan rộng cả mặt nhai và mặt bên. Đáng chú ý, tỷ lệ răng có tiêu chân bệnh lý chiếm đến 43,8%, trong đó đa số đi kèm với tiêu xương quanh chóp và chế ($p = 0,000$). Tỷ lệ chẩn đoán tủy hoại tử có biến chứng nha chu chiếm ưu thế rõ rệt (67,2%) và có mối liên quan chặt chẽ với nhóm răng có tiêu chân bệnh lý ($p = 0,000$).

Răng hàm sữa thứ hai hàm dưới chiếm tỷ lệ cao nhất trong các răng được chỉ định điều trị tủy (chiếm 48,4%). Kết quả này cho thấy xu hướng tổn thương nghiêm trọng hơn tại vị trí này so với các răng hàm sữa còn lại. Một số nghiên cứu trước đây cũng có ghi nhận tương tự, rằng hàm sữa thứ hai có tỷ lệ sâu và tổn thương tủy cao hơn đáng kể so với răng hàm sữa thứ nhất.⁴ Nguyên nhân có thể đến từ một số yếu tố giải phẫu và sinh lý. Thứ nhất, răng hàm sữa thứ hai có thời gian tồn tại trong miệng lâu hơn (thường đến 10–12 tuổi), khiến nguy cơ sâu tiến triển cao hơn nếu không được kiểm soát

tốt. Thứ hai, vị trí ở trong sâu và mặt nhai rộng làm cho răng này dễ tích tụ mảng bám và khó làm sạch, đặc biệt ở trẻ nhỏ chưa thành thạo kỹ năng chải răng. Ngoài ra, các răng này mọc sau cùng trong bộ răng sữa nên dễ bị bố mẹ bỏ sót khi kiểm tra vệ sinh răng miệng hàng ngày.

Trong nghiên cứu này, kích thước lỗ sâu rất lớn chiếm tỷ lệ cao nhất (57,8%) và chủ yếu phân bố ở các răng có tổn thương mặt nhai hoặc lan rộng cả mặt nhai và mặt bên. Trong khi đó, các lỗ sâu ở mặt bên thường chỉ có kích thước trung bình (66,7%) hoặc lớn (23,8%), mặc dù chúng chỉ có kích thước vừa phải, nhưng chúng vẫn có liên quan đến tổn thương tủy. Điều này cho thấy lỗ sâu mặt bên, ngay từ khi có kích thước nhỏ, đã có thể gây ảnh hưởng đáng kể đến mô tủy. Nguyên nhân là do chiều dày từ mặt bên của răng đến sừng tủy không quá 2 mm, nếu không được phát hiện sớm để điều trị bằng chụp răng tiền chế hoặc điều trị tủy buồng, nguy cơ viêm tủy hoặc hoại tử tủy là rất cao. Ngược lại, mặt nhai của răng có lớp ngà dày hơn đáng kể, do đó dễ tổn thương tiến triển đến tủy cần nhiều thời gian hơn. Những quan sát này phù hợp với thực hành lâm sàng và có ý nghĩa quan trọng trong quá trình chẩn đoán và tiên lượng trước điều trị. Nghiên cứu của Ghaderi và cộng sự cũng cho thấy rằng các tổn thương sâu răng mặt bên lan rộng hơn 50% độ dày của ngà răng có nhiều khả năng dẫn đến viêm tủy hơn so với sâu răng ở mặt nhai có độ sâu tương tự.⁵ Ngược lại, sâu răng ở mặt nhai phổ biến hơn và thường dễ phát hiện hơn vì chúng nằm ở vị trí có thể quan sát được bằng mắt thường.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa đặc điểm tiêu chân răng và mức độ tiêu xương quanh chân răng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,000$). Trong nhóm không tiêu chân, hơn một nửa số răng không ghi nhận tiêu xương (52,8%), trong khi 36,1% có tiêu xương tại vùng chôn răng, một tổn thương khu trú và thường gặp ở răng sữa khi viêm nhiễm lan qua sàn tủy. Ngược lại, trong nhóm răng có tiêu chân bệnh lý, phần lớn các tổn thương xương lan rộng, cụ thể: 57,1% răng có tiêu xương đồng thời tại vùng chôn và quanh chóp, 21,4% tiêu quanh chóp đơn thuần và 14,3% tiêu tại chôn. Điều này cho thấy tiêu chân răng bệnh lý thường đi kèm với sự phá hủy mô quanh răng lan tỏa, biểu hiện bằng hình ảnh tiêu xương đa vùng trên phim X-quang. Các số liệu thu được phù hợp với đặc điểm diễn tiến của bệnh lý tủy thường gặp ở răng sữa. Ở giai đoạn đầu, phản ứng viêm nhiễm khu trú ở phần thân răng, với biểu hiện tủy viêm một phần hoặc

hoại tử tủy khu trú, do đó chưa gây hiện tượng tiêu chân răng. Trong giai đoạn này, tổn thương tại vùng chôn răng sữa cũng thường gặp, do khu vực này có nhiều ống tủy phụ tạo điều kiện cho vi khuẩn lan rộng.⁶ Mối liên hệ giữa tình trạng tiêu chân răng bệnh lý với bệnh lý tủy và biến chứng nha chu ở răng sữa cũng đã được nghiên cứu trong một số nghiên cứu trước đây, cho kết quả tương tự. Đáng chú ý, nghiên cứu mô học của Bolan và Rocha (2007) cho thấy hầu hết các ống tủy (80,5%) từ nhóm tiêu chân bệnh lý đều có vi khuẩn bên trong; 75,5% các ống tủy có vi khuẩn ở thành ngà chân răng: 34% ở ống ngà phía chóp và 31,5% ở dây chằng quanh chóp và ở tổn thương quanh chóp.⁷

Một trong những điểm đáng lưu ý trong nghiên cứu là tỷ lệ răng được chẩn đoán tủy hoại tử không biến chứng chỉ chiếm 9,4% tổng số trường hợp, thấp hơn đáng kể so với nhóm viêm tủy không hồi phục (23,4%) và tủy hoại tử có biến chứng nha chu (67,2%). Kết quả này gợi ý rằng phần lớn các răng đến khám khi bệnh lý tủy đã ở giai đoạn tiến triển và lan rộng ra mô quanh chóp hoặc vùng chôn răng, thay vì được phát hiện và điều trị sớm khi viêm còn khu trú trong buồng tủy. Điều này phù hợp với đặc điểm kích thước lỗ sâu rất lớn cũng chiếm ưu thế trong nghiên cứu. Trong nghiên cứu của Diana và Erlita (2020), tỷ lệ răng hoại tử tủy chiếm khoảng 33,2% trong tổng số răng sữa được điều trị tủy, cho thấy tỷ lệ thấp hơn nhiều so với nghiên cứu hiện tại.⁹ Sự chênh lệch này có thể xuất phát từ các điểm khác biệt về tiếp cận dịch vụ điều trị, kiến thức chăm sóc răng miệng, hoặc điều kiện nha khoa dự phòng. Điều này phản ánh trạng thái phát hiện muộn bệnh trong thực tế lâm sàng tại Việt Nam.

Ngoài ra, khi phân tích chẩn đoán theo giai đoạn phát triển chân răng, không có sự khác biệt thống kê rõ rệt giữa các nhóm ($p = 0,112$). Tuy vậy, xu hướng chung cho thấy ở giai đoạn phát triển chân răng muộn, tỷ lệ răng được chẩn đoán tủy hoại tử có biến chứng càng tăng (70% ở giai đoạn 3 so với 68,1% ở giai đoạn 2 và 57,1% ở giai đoạn 1). Kết quả này phù hợp với quan sát của Igna và cộng sự (2022), ghi nhận rằng răng sữa khi tiêu chân răng sinh lý thường có buồng tủy nhỏ hơn, lưu lượng máu giảm và đáp ứng viêm hạn chế, khiến tổn thương lan rộng âm thầm mà không có triệu chứng rõ ràng.⁹ Từ đó, có thể thấy việc phát hiện bệnh lý tủy ở răng hàm sữa thường bị trì hoãn, dẫn đến tổn thương đã tiến triển nặng hơn khi đến khám. Điều này nhấn mạnh vai trò của các chương trình giáo dục sức khỏe răng miệng, kiến thức của phụ huynh

cũng như trẻ nhỏ, đồng thời đề xuất cần sàng lọc sớm các tổn thương tủy nghi ngờ dựa trên phim X-quang và các yếu tố nguy cơ lâm sàng.

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Thứ nhất, do thiết kế cắt ngang nên chỉ phản ánh mối liên quan tại một thời điểm, không thể đánh giá diễn tiến hay mối quan hệ nhân quả giữa các đặc điểm X-quang và bệnh lý tủy. Thứ hai, việc đánh giá tiêu chân và tiêu xương chỉ dựa trên phim X-quang hai chiều, trong khi các kỹ thuật hiện đại hơn như Cone beam CT có thể cung cấp hình ảnh ba chiều chính xác hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tiêu chân răng bệnh lý liên quan mạnh đến tiêu xương lan rộng và chẩn đoán tủy hoại tử có biến chứng, các đặc điểm trên phim X-quang như tiêu chân răng, tiêu xương quanh chân răng và kích thước lỗ sâu lớn có mối liên quan chặt chẽ với mức độ tổn thương tủy ở răng hàm sữa. Đánh giá phim X-quang giúp phát hiện sớm tổn thương và định hướng điều trị hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miller K, Treloar T, Guelmann M, Rody Jr WJ, Shaddox LM. Clinical characteristics of localized aggressive periodontitis in primary dentition. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2018 Jan 1;42(2):95-102.
2. Rao N., Wang J., Yu R., Leung Y., & Zheng L.. Role of periapical diseases in medication-related osteonecrosis of the jaws. *Biomed Research International* 2017;2017:1-8. <https://doi.org/10.1155/2017/1560175>
3. Vieira-Andrade RG, Drumond CL, Alves LP, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Inflammatory root resorption in primary molars: prevalence and associated factors. *Brazilian oral research*. 2012;26:335-40.
4. Elfrink ME, Schuller AA, Veerkamp JS, Poorterman JH, Moll HA, Ten CATE BJ. Factors increasing the caries risk of second primary molars in 5-year-old Dutch children. *International journal of paediatric dentistry*. 2010 Mar;20(2):151-7.
5. Ghaderi F., Jowkar Z., & Tadayon A.. <p>caries color, extent, and preoperative pain as predictors of pulp status in primary teeth</p>. *Clinical Cosmetic and Investigational Dentistry* 2020;Volume 12:263-269. <https://doi.org/10.2147/ccide.s261108>
6. Kramer PF, Faraco Júnior IM, Meira R. A SEM investigation of accessory foramina in the furcation areas of primary molars. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2004 Jan 1;27(2):157-61.
7. Bolan M, de Carvalho Rocha MJ. Histopathologic study of physiological and pathological resorptions in human primary teeth. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2007 Nov 1;104(5):680-5.
8. Igna A., Rusu D., Ogorescu E., Dinu S., Boariu M., Voicu A.et al.. Age-related variation of pulpal oxygen saturation in healthy primary and permanent teeth in children: a clinical study. *Journal of Clinical Medicine* 2022;12(1):170. <https://doi.org/10.3390/jcm12010170>
9. Diana S. and Erlita I.. Prevalence of disease in the conservative dentistry department of gusti hasan aman dental hospital banjarmasin in 2015-2018 (retrospective study). *Dentino Jurnal Kedokteran Gigi* 2020;5(2):201. <https://doi.org/10.20527/dentino.v5i2.8975>.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH CẤP TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Nguyễn Hoàng Hải^{1,2}, Nguyễn Thành Sang^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng mạch vành cấp (HCMVC) là nguyên nhân gây tử vong tim mạch hàng đầu trên toàn thế giới. Rối loạn lipid máu vừa là yếu tố nguy cơ bệnh học và vừa là mục tiêu điều trị quan trọng trong HCMVC. Diện mạo rối loạn lipid máu ở bệnh nhân HCMVC khác nhau tùy theo từng trung tâm và từng quốc gia. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu đặc

điểm rối loạn lipid máu ở người bệnh mắc HCMVC tại bệnh viện Nhân dân Gia Định. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện tại bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 2/2024 đến tháng 5/2024. Tiêu chí chọn mẫu: người bệnh được chẩn đoán HCMVC theo định nghĩa toàn cầu lần 4 và có kết quả xét nghiệm lipid máu thời điểm sáng đói trong vòng 24 giờ đầu nhập viện: cholesterol máu toàn phần, LDL-cholesterol, HDL – cholesterol, triglyceride. **Kết quả nghiên cứu:** Trong 401 bệnh nhân được chẩn đoán HCMVC, giá trị trung bình của cholesterol toàn phần: $4,95 \pm 2,52$ mmol/l, triglyceride: $2,34 \pm 1,39$ mmol/l, LDL-c: $2,87 \pm 1,40$ mmol/l, HDL-c: $1,25 \pm 1,22$ mmol/l và non-HDLc: $3,76 \pm 2,53$ mmol/l. Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn lipid máu tại thời điểm nhập viện: 76,1%, trong đó, tỷ lệ tăng cholesterol toàn phần chiếm 27,4% (110 bệnh nhân), tăng

¹Bệnh viện Nhân dân Gia Định

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Sang

Email: drsangthanhnguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2025

Ngày duyệt bài: 16.6.2025