

và tâm lý có thể giúp nâng cao hiệu quả điều trị toàn diện, cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân mụn trứng cá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Samuels, D.V., et al.**, Acne vulgaris and risk of depression and anxiety: a meta-analytic review. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2020. 83(2): p. 532-541.
2. **Golchai, J., et al.**, Comparison of anxiety and depression in patients with acne vulgaris and healthy individuals. *Indian journal of dermatology*, 2010. 55(4): p. 352-354.
3. **Duru, P. and Ö. Örsal**, The effect of acne on quality of life, social appearance anxiety, and use of conventional, complementary, and alternative treatments. *Complementary Therapies in Medicine*, 2021. 56: p. 102614.
4. **Adeyemi S., Skin Deep?:** A scoping literature review of the psychological impact of Acne Vulgaris on patients and the role of the Psychiatrist. *BJPsych Open*, 2021. ePoster Presentations: p. S231-232.
5. **Damayanti, U.M.A., Ollyvia Z.Z.**, The impact of acne vulgaris on the quality of life in teen patients. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 2022. 10(2): p. 189 – 198.
6. **Nguyễn Trúc Quỳnh, C.V.T.**, Lo âu, trầm cảm ở bệnh nhân mụn trứng cá đang uống isotretinoin. *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108, 2019. Tập 14 - Số 5/2019: p. 5-10.
7. **Noor T., M.A.S., Ahmed A., et al.**, Association of depression, anxiety and stress in acne vulgaris in Bangladesh. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*, 2023. 33(2): p. 424-428.

KHOẢNG XƯƠNG SAU RĂNG HÀM LỚN THỨ HAI HÀM DƯỚI Ở TƯƠNG QUAN XƯƠNG LOẠI I VỚI CÁC KIỂU MẶT KHÁC NHAU THEO CHIỀU ĐỨNG TRÊN PHIM CONEBEAM CT

Nguyễn Thị Thu Phương¹, Phan Ngọc Tân¹, Đặng Văn Hậu^{1,2},
Nguyễn Hoàng Tân³, Đỗ Đức Phú¹, Lê Quốc Anh¹, Dư Hoàng Dương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá khoảng xương sau răng hàm lớn thứ hai (RHL2) hàm dưới ở người bệnh tương quan xương loại I với các kiểu mặt khác nhau theo chiều đứng trên phim chụp cắt lớp vi tính hình nón (Cone beam computed tomography - CBCT). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu chùm ca bệnh thực hiện trên 86 người bệnh có độ tuổi từ 18-47 tuổi và có tương quan xương loại I ở Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội. Người bệnh được phân chia vào 3 loại kiểu mặt theo chiều đứng bao gồm góc cao, góc trung bình và góc thấp. Trên phim CBCT, khoảng xương sau RHL2 hàm dưới được khảo sát lần lượt trên các lát cắt cách CEJ (đường nối men - cement) ở phía xa của RHL2 hàm dưới 0mm, 2mm, 4mm và 6mm. **Kết quả:** Trên mặt phẳng đứng dọc, ở lát cắt cách CEJ 2mm, khoảng sau RHL2 hàm dưới lớn nhất ở nhóm góc thấp ($7,41 \pm 2,59$ mm) và nhỏ nhất ở nhóm góc cao ($4,79 \pm 1,87$ mm). Xu hướng tương tự cũng được ghi nhận ở lát cắt 4mm kể từ CEJ. Ở mặt phẳng cách CEJ 6mm, giá trị này lớn nhất ở nhóm người bệnh góc trung bình ($8,70 \pm 1,89$ mm) và nhỏ nhất ở nhóm góc cao ($5,61 \pm 1,59$ mm). Trên mặt phẳng khớp cắn, khoảng sau RHL2 hàm dưới trung

bình ở lát cắt 6mm tính từ CEJ có giá trị lớn nhất ở nhóm góc trung bình ($9,88 \pm 2,43$ mm) và nhỏ nhất ở nhóm góc cao ($6,89 \pm 3,11$ mm), và sự khác biệt này có ý nghĩa về mặt thống kê ($p < 0,05$). Ở nhóm người bệnh góc trung bình, người bệnh có răng khôn mọc thẳng có khoảng sau RHL2 hàm dưới lớn hơn so với người bệnh có răng khôn mọc lệch ở các lát cắt 0mm, 2mm, và 4mm tính từ CEJ trên mặt phẳng khớp cắn. **Kết luận:** Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, hình thái kiểu mặt theo chiều đứng và hướng mọc răng khôn hàm dưới là các yếu tố ảnh hưởng đến khoảng xương sau RHL2 hàm dưới. Khoảng sau RHL2 hàm dưới trung bình có giá trị nhỏ nhất ở nhóm người bệnh góc cao, giá trị này cao hơn ở nhóm trung bình và thấp. Khi tiến hành đi xa cho nhóm người bệnh góc cao cần cân nhắc kỹ lưỡng theo từng trường hợp.

Từ khóa: Kiểu mặt, Khoảng sau RHL2 hàm dưới, CBCT, Tương quan xương loại I

SUMMARY

THE MANDIBULAR RETROMOLAR SPACE IN SKELETAL CLASS I PATIENTS WITH DIFFERENT VERTICAL FACIAL TYPES USING CONEBEAM COMPUTED TOMOGRAPHY (CBCT)

Objectives: To evaluate the mandibular retromolar space in skeletal class I patients with different vertical facial types using Cone-beam computed tomography (CBCT). **Subjects and methods:** A case series study was conducted on 86 skeletal class I patients (aged 18-47 years). Patients were categorized into hypodivergent, normodivergent, and hyperdivergent groups based on their vertical face types. Mandibular retromolar space was measured

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Y tế Lạng Giang

³Bệnh viện Đa khoa Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Phan Ngọc Tân

Email: ngoctanhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2025

Ngày duyệt bài: 29.10.2025

distally at four planes (0 mm, 2 mm, 4 mm and 6 mm from the cement-enamel joint (CEJ)) along the sagittal line and molar cuspal line, respectively. **Results:** In the sagittal plane, at the slice 2mm from the CEJ, the largest retromolar space of the mandibular second molar was found in the hypodivergent group (7.41 ± 2.59 mm), followed by the normodivergent group, and was smallest in the hyperdivergent group (4.79 ± 1.87 mm). A similar trend was also observed at the 4 mm slice from the CEJ. At the plane 6mm from the CEJ, the largest retromolar space was found in the normodivergent group (8.70 ± 1.89 mm) and the smallest in the hyperdivergent group (5.61 ± 1.59 mm). On the occlusal plane, the mandibular second molar retromolar space at the 6mm slice from the CEJ was largest in the normodivergent group (9.88 ± 2.43 mm) and smallest in the hyperdivergent group (6.89 ± 3.11 mm). In the normodivergent group, patients with normally erupted third molars had a significantly larger retromolar space on the occlusal plane compared to those with impacted third molars at the 0mm, 2mm and 4 mm slices from the CEJ. **Conclusion:** The vertical facial pattern and the eruption pattern of the mandibular third molar were factors influencing the mandibular retromolar space. The mean mandibular retromolar space was smallest in the hyperdivergent group, larger in the normodivergent group and hypodivergent group. Hyperdivergent patients have the smallest retromolar space, so distalization in this group should be carefully considered.

Keywords: Vertical facial types, Mandibular Retromolar space, CBCT, Skeletal class I

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tương quan xương là một trong những đánh giá quan trọng trong chỉnh nha. Tương quan xương loại I là dạng tương quan lý tưởng và phổ biến nhất, theo đó xương hàm trên và xương hàm dưới ở vị trí hài hòa theo mặt phẳng đứng dọc giữa.¹ Do đó, điều trị trên người bệnh có tương quan xương loại I chủ yếu tập trung vào giải quyết các vấn đề của răng.

Di xa là một trong những kỹ thuật được sử dụng phổ biến để giải quyết các tình trạng sai lệch khớp cắn do răng.² Để có kế hoạch di xa răng hàm tối ưu, các nhà lâm sàng cần chú ý đến kích thước khoảng sau RHL2 hàm dưới. Khoảng sau RHL2 hàm dưới là cấu trúc giải phẫu ở phía sau của xương hàm dưới, cấu trúc này có hình tam giác với cạnh phía trước là cạnh xa răng hàm lớn thứ 2 hàm dưới, 2 cạnh bên lần lượt là gờ ché trong và gờ ché ngoài. Nó bị ảnh hưởng bởi một số yếu tố liên quan như hình thái và hướng mọc của răng khôn, giới tính, chủng tộc và đặc điểm kiểu mặt khác nhau theo chiều đứng.³ Theo tác giả Horn và cộng sự năm 1992, các kiểu mặt theo chiều đứng được chia làm 3 loại bao gồm kiểu mặt góc cao, trung bình và thấp.⁴

Phim CBCT là loại phim chụp cắt lớp vi tính

ba chiều có nhiều ưu điểm nổi trội giúp cho việc tái hiện giải phẫu khoảng sau RHL2 trở nên chính xác và khả thi.⁵ Việc khảo sát và đánh giá giới hạn khoảng xương phía sau RHL2 hàm dưới ở các kiểu mặt khác nhau theo chiều đứng trên phim CBCT nhằm mục đích lên kế hoạch chi tiết cho việc di xa, cũng như tìm hiểu các yếu tố thuận lợi trong quá trình điều trị.³ Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Khoảng xương sau răng hàm lớn thứ hai hàm dưới ở tương quan xương loại I với các kiểu mặt khác nhau theo chiều đứng trên phim Conebeam CT*" với mục tiêu: *Đánh giá khoảng xương phía sau RHL2 hàm dưới ở người bệnh tương quan xương loại I trên các kiểu mặt khác nhau theo chiều đứng trên phim Conebeam CT.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 86 người bệnh trong độ tuổi từ 18-47 tuổi đến khám và điều trị tại Trung tâm khám chữa bệnh kỹ thuật cao, Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt – Đại học Y Hà Nội, được chụp phim Cephalometric và Conebeam CT.

Tiêu chuẩn lựa chọn: (1) Người bệnh đảm bảo đủ sức khỏe tham gia nghiên cứu, có khả năng hợp tác trong quá trình điều trị; (2) Người bệnh có tương quan xương loại I ($0^\circ < ANB < 4^\circ$), đánh giá trên phim sọ nghiêng; (3) Người bệnh có tình trạng răng lợi khỏe mạnh; (4) Không mất răng trên cung hàm; (5) Không có sự bất cân xứng hoặc biến dạng mặt; (6) Không có tiền sử khe hở môi, vòm miệng; (7) Không có bệnh hệ thống; (8) Người bệnh chưa từng điều trị nắn chỉnh răng, phẫu thuật chỉnh hình xương hàm mặt.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Phim không đạt tiêu chuẩn: phim quá sáng hoặc quá tối, không nhìn rõ các cấu trúc xương và mô mềm, khớp cắn hai bên không trùng nhau; (2) Trên các phim sọ nghiêng và CBCT phát hiện các bệnh lý: thẩu quang như u, nang, các bệnh lý chóp chân răng, tiêu xương, giãn dây chằng quanh răng, cản quang như khối xương đặc, u men, cement, bất thường hình thể chân răng, chân răng dùi trống.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 07/2024 đến tháng 07/2025.

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt kỹ thuật cao, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu chùm ca bệnh.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 86 người bệnh, chia làm 3 nhóm kiểu mặt, trong đó 32 người bệnh nhóm góc cao, 28 người bệnh nhóm góc trung bình và

26 người bệnh nhóm góc thấp.

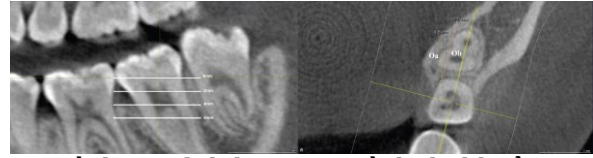
Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích.

Công cụ và vật liệu nghiên cứu: (1) Bộ dụng cụ khám cơ bản; (2) Máy chụp phim cephalometrics. Máy CBCT Sirona GALILEOS; (3) Phiếu ghi kết quả đo đạc; (4) Máy tính đo và đọc kết quả phim; (5) Phần mềm GALILEOS Viewer và phần mềm ViCeph.

Quy trình tiến hành nghiên cứu: (1) Khám sàng lọc người bệnh; (2) Lập danh sách người bệnh; (3) Sàng lọc chất lượng phim sọ nghiêng, phân tích phim sọ nghiêng bằng phần mềm ViCeph, lựa chọn các người bệnh có tương quan xương loại I, tiến hành chụp CBCT; (4) Sàng lọc bệnh lý trên phim CBCT; (5) Phân tích các chỉ số trên phim sọ nghiêng; (6) Xác định khoảng phía sau RHL2 qua phim CBCT; (7) Làm sạch và xử lý số liệu; (8) Viết báo cáo.

Quy trình đo khoảng xương sau RHL2 hàm dưới trên phim CBCT: (1) Xác định vị trí máng tiêu điểm bằng cách chỉnh máng tiêu điểm sao cho vừa khít với cung hàm và độ cao ngang mức 1/3 giữa chân răng cửa giữa hàm dưới, các chỉ số khác của máng tiêu điểm không thay đổi; (2) Xác định góc tham chiếu ban đầu bằng cách xác định trung tâm răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới ngang mức đường nối men - cement RHL2 hàm dưới phía xa trên mặt phẳng axial, sau đó đo góc tham chiếu ban đầu dựa vào đường trung tâm máng tiêu điểm và đường dọc giữa; (3) Xác định điểm trong nhất và xa nhất trên RHL2 (RHL2) hàm dưới. Thực hiện phép đo khoảng cách từ điểm này đến bản xương ngoài trên lần lượt các lát cắt 0mm, 2mm, 4mm, 6mm trên 2 mặt phẳng đứng dọc (thu được chỉ số Oa0, Oa2, Oa4, Oa6) và khớp cắn (thu được Ob0, Ob2, Ob4, Ob6).²

Một phim được đo bởi 2 người, tại các thời điểm khác nhau.



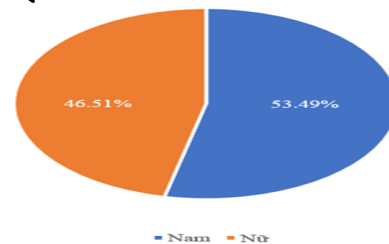
Hình 1. Minh họa quy trình đo khoảng xương sau RHL2 hàm dưới trên lát cắt 2mm trên mặt phẳng của phim CT Conebeam

2.4. Xử lý số liệu và phân tích số liệu:

Sử dụng phần mềm Excel 2016 và SPSS 20.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Khoa học của Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội. Các số liệu và thông tin thu thập được chỉ nhằm phục vụ cho mục đích học tập, giảng dạy và nghiên cứu khoa học, không phục vụ cho mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính

Nhận xét: Có tất cả 86 người bệnh tham gia nghiên cứu, trong đó 53,49% là nam giới và 46,51% là nữ giới. Độ tuổi trung bình của các đối tượng là 21,34 trong đó người bệnh lớn tuổi nhất là 47 tuổi và nhỏ tuổi nhất là 18 tuổi.

Bảng 1. Khoảng sau RHL2 hàm dưới trên mặt phẳng đứng dọc ở 3 nhóm kiểu mặt

		Góc cao	Góc trung bình	Góc thấp	p
Khoảng cách trên mặt phẳng đứng dọc	Oa0	3,18±1,76	4,32±2,48	4,15±2,31	0,0973
	Oa2	4,79±1,87	5,89±1,77	7,41±2,59	<0,0001*
	Oa4	5,40±1,63	6,24±1,56	7,56±2,48	0,0002*
	Oa6	5,61±1,59	8,70±1,89	7,16±2,31	0,0003*

Nhận xét: Ở lát cắt cách CEJ 2mm, khoảng sau RHL2 hàm dưới lớn nhất ở nhóm góc thấp (7,41±2,59 mm), sau đó đến nhóm góc trung bình và nhỏ nhất ở nhóm góc cao (4,79±1,87 mm). Khác biệt giữa các nhóm kiểu mặt là có ý nghĩa về mặt thống kê ở lát cắt này (p<0,0001).

Xu hướng tương tự cũng được ghi nhận ở lát cắt 4mm kể từ CEJ. Ở mặt phẳng cách CEJ 6mm, giá trị khoảng sau lớn nhất ở nhóm người bệnh góc trung bình (8,7±1,89 mm) và nhỏ nhất ở nhóm góc cao (5,61±1,59 mm) và sự khác biệt này cũng có ý nghĩa về mặt thống kê (p=0,0003).

Bảng 2. Khoảng sau RHL2 hàm dưới trên mặt phẳng khớp cắn ở 3 nhóm kiểu mặt

		Góc cao	Góc trung bình	Góc thấp	p
Khoảng cách trên mặt phẳng	Ob0	7,29±3,33	8,56±2,80	7,45±2,99	0,3184
	Ob2	7,48±2,57	9,12±2,47	8,60±2,90	0,0576

khớp cắn	Ob4	7,87±2,27	9,21±2,14	8,63±2,74	0,0965
	Ob6	6,89±3,11	9,88±2,43	8,11±2,56	0,0279*

Nhận xét: Khoảng sau RHL2 hàm dưới trung bình ở lát cắt 6mm tính từ CEJ có giá trị lớn nhất ở nhóm góc trung bình (9,88±2,43 mm) và nhỏ nhất ở nhóm góc cao (6,89±3,11 mm), và khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Với lát cắt CEJ 0mm, 2mm, 4mm, sự khác biệt của khoảng sau RHL2 hàm dưới giữa các kiểu mặt theo chiều đứng không có ý nghĩa về mặt thống kê.

Bảng 3. Khoảng sau RHL2 hàm dưới ở hai nhóm có răng khôn mọc thẳng và răng khôn mọc lệch ở ba nhóm kiểu mặt

		Nhóm răng khôn mọc thẳng	Nhóm răng khôn mọc lệch	p
Góc cao (n=32)	Oa0	2,41±1,75	3,77±1,57	0,0273*
	Oa2	4,56±2,35	4,97±1,45	0,5457
	Oa4	5,48±1,99	5,33±1,33	0,8028
	Oa6	5,56±2,00	5,68±0,48	0,8781
	Ob0	8,80±4,50	7,50±2,80	0,4166
	Ob2	8,20±3,30	7,40±2,10	0,4413
	Ob4	8,50±2,70	7,80±2,00	0,4697
	Ob6	7,60±2,90	6,20±3,60	0,3813
Góc trung bình (n=28)	Oa0	4,00±3,14	4,52±2,03	0,5981
	Oa2	6,39±2,04	5,56±1,54	0,2360
	Oa4	6,81±1,62	5,87±1,45	0,1217
	Oa6	8,58±1,47	8,86±2,47	0,8210
	Ob0	11,60±1,90	7,70±2,40	0,0043*
	Ob2	10,70±2,30	8,50±2,20	0,0204*
	Ob4	10,60±1,80	8,70±2,10	0,0285*
	Ob6	10,30±1,90	9,90±3,30	0,7844
Góc thấp (n=26)	Oa0	4,09±2,62	4,23±1,84	0,8847
	Oa2	7,60±2,57	7,12±2,72	0,6554
	Oa4	7,65±2,28	7,41±2,90	0,8112
	Oa6	6,94±2,51	8,28	-
	Ob0	9,40±3,10	6,90±2,50	0,0729
	Ob2	10,10±2,50	7,90±3,00	0,0858
	Ob4	9,90±2,20	8,20±3,10	0,1579
	Ob6	8,90±1,40	9,68	-

Nhận xét: Ở nhóm người bệnh góc cao, trên lát cắt đi qua CEJ ghi nhận khoảng sau RHL2 hàm dưới ở mặt phẳng đứng dọc lớn hơn đáng kể ở người bệnh có răng khôn hàm dưới mọc lệch (3,77±1,57 mm) so với người bệnh có răng khôn hàm dưới mọc thẳng (2,41±1,75 mm). Ở nhóm người bệnh góc trung bình, trên mặt phẳng khớp cắn, người bệnh có răng khôn mọc thẳng có khoảng sau hàm dưới lớn hơn so với người bệnh có răng khôn mọc lệch ở các lát cắt 0mm, 2mm, và 4mm tính từ CEJ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Ở nhóm người bệnh góc thấp, không ghi nhận mối liên quan giữa 2 nhóm răng khôn mọc thẳng và mọc lệch tại tất cả các vị trí lát cắt.

IV. BÀN LUẬN

Trên mặt phẳng đứng dọc, chúng tôi ghi nhận được giá trị trung bình của khoảng sau RHL2 hàm dưới ở cả ba nhóm kiểu mặt nhỏ nhất ở lát cắt đi qua CEJ so với các lát cắt còn lại. Xu hướng tương tự cũng được ghi nhận trên mặt

phẳng khớp cắn. Nghiên cứu của Zhao và cộng sự trên người bệnh tương quan xương loại I ở ba nhóm kiểu mặt theo chiều đứng cho kết quả kích thước lớn nhất ở nhóm góc thấp, tiếp đến là nhóm trung bình, nhỏ nhất ở nhóm góc cao trên tất cả các lát cắt.² Ở nghiên cứu của chúng tôi, khoảng xương sau RHL2 hàm dưới nhỏ nhất ở nhóm người bệnh góc mặt cao ở tất cả các lát cắt 0mm, 2mm, 4mm và 6 mm tính từ CEJ, và giá trị lớn nhất được ghi nhận ở nhóm góc thấp ở các lát cắt 2mm và 4mm, nhóm góc trung bình ở lát cắt 0mm và 6mm từ CEJ. Có thể thấy, việc di xa các răng hàm lớn hàm dưới thuận lợi hơn ở các người bệnh góc thấp, bất lợi hơn ở các người bệnh góc cao. Điều này cũng phù hợp với nguyên tắc điều trị của các kiểu mặt. Việc di xa ở các người bệnh góc cao có thể làm trôi vùng răng sau, tăng độ dốc của mặt phẳng cắn từ đó làm tăng nguy cơ cắn hở vùng răng trước. Ngược lại, việc di xa ở các người bệnh góc thấp có thể duy trì kích thước dọc, hạn chế nguy cơ

căn sâu vùng răng trước.

Về mối liên quan giữa hướng mọc của răng khôn và khoảng xương sau RHL2 hàm dưới, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự với nghiên cứu của Guo và cộng sự.⁶ Khoảng xương sau RHL2 hàm dưới có xu hướng lớn hơn ở người bệnh có răng khôn mọc thẳng so với người bệnh có răng khôn mọc lệch. Trong khi nghiên cứu của chúng tôi so sánh khoảng sau ở hai nhóm người bệnh có răng khôn mọc bình thường và mọc lệch thì nghiên cứu của Guo so sánh khoảng sau RHL2 hàm dưới ở các nhóm người bệnh không có răng khôn, răng khôn mọc bình thường, răng khôn ngậm theo chiều ngang, theo chiều gần và theo chiều đứng. Nghiên cứu của Guo sử dụng phân loại 3 hướng mọc răng khôn của Hattab,⁷ còn nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phân loại hướng mọc của răng khôn tương tự, trong đó nhóm mọc lệch bao gồm răng mọc lệch theo chiều ngang, gần và đứng. Guo cho rằng người bệnh có răng khôn mọc bình thường và răng khôn mọc ngậm theo chiều đứng có khoảng sau lớn hơn so với những trường hợp không có răng khôn, răng khôn mọc ngậm theo chiều ngang hoặc mọc ngậm theo chiều gần.

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế về số lượng mẫu nghiên cứu. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu này chúng tôi cũng chưa nghiên cứu sự ảnh hưởng của giới tính và độ tuổi tới khoảng xương phía sau RHL2 hàm dưới. Các nghiên cứu trong tương lai nên chọn cỡ mẫu lớn hơn, đánh giá sự khác biệt giữa các nhóm tuổi cũng như mối tương quan giữa sự xuất hiện của răng hàm lớn thứ ba với khoảng xương sau RHL2 hàm dưới.

V. KẾT LUẬN

Khoảng sau RHL2 hàm dưới trung bình có giá trị nhỏ nhất ở nhóm người bệnh góc cao, giá

trị này cao hơn ở nhóm trung bình và thấp. Hướng mọc của răng khôn cũng ảnh hưởng đến độ rộng của khoảng xương sau RHL2 hàm dưới, người bệnh có răng khôn mọc thẳng có khoảng xương sau lớn hơn người bệnh có răng khôn mọc lệch. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, việc di xa răng hàm thuận lợi hơn trên nhóm người bệnh góc thấp và trung bình. Đồng thời, nên khảo sát khoảng sau RHL2 hàm dưới trên phim Conebeam CT trước khi tiến hành thực hiện di xa trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Popa G, Bratu DC, Mihali SG, et al.** Evaluation of Upper Airway Width and Facial Height Cephalometric Parameters in Adult Caucasians with Skeletal Class I and Class III Malocclusion. *Medicina (Mex)*. 2025;61(3):463. doi:10.3390/medicina61030463
2. **Zhao Z, Wang Q, Yi P, et al.** Quantitative evaluation of retromolar space in adults with different vertical facial types: Angle Orthod. 2020;90(6):857-865. doi:10.2319/121219-787.1
3. **Liu K, Chu G, Zhang C, Yang Y.** Boundary of mandibular molar distalization in orthodontic treatment: A systematic review and meta-analysis. *Orthod Craniofac Res*. 2024;27(4):515-526. doi:10.1111/ocr.12778
4. **Horn AJ.** Facial height index. *Am J Orthod Dentofac Orthop*. 1992;102(2):180-186. doi:10.1016/0889-5406(92)70031-5
5. **Hui VLZ, Xie Y, Zhang K, et al.** Anatomical limitations and factors influencing molar distalization. *Angle Orthod*. 2022;92(5):598-605. doi:10.2319/092921-731.1
6. **Guo X, Gao Y, Zhang F, et al.** Assessment of mandibular retromolar space in adults with regard to third molar eruption status. *Clin Oral Investig*. 2023; 27(2):671-680. doi:10.1007/s00784-022-04782-6
7. **Hattab FN, Alhaija ESJA.** Radiographic evaluation of mandibular third molar eruption space. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1999;88(3):285-291. doi:10.1016/S1079-2104(99)70029-6

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN GÂY KÍN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG ĐÙI ĐƯỢC PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG BẰNG NỆP KHÓA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Võ Văn Triều¹, Trần Hoàng Anh¹

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Võ Trường Toản
Chịu trách nhiệm chính: Võ Văn Triều
Email: 4085435196@stu.vttu.edu.vn
Ngày nhận bài: 18.8.2025
Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025
Ngày duyệt bài: 30.10.2025

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân gây kín đầu dưới xương đùi được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu hồi cứu mô tả, trên 32 bệnh nhân gây kín đầu dưới xương đùi được phẫu thuật điều trị bằng phương pháp kết xương nẹp vis khóa được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 03/2021 đến 03/2024. **Kết quả:** Đặc điểm