

tham số thay thế để dự đoán nguy cơ tử vong cho bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng (Sepsis) cùng với các chỉ số Lactat máu, thang điểm SOFA, thang điểm APACHE II khi các phương tiện khác không có sẵn ngay lập tức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Buensalido JAL, MacArthur RD.** Sepsis, severe sepsis, and septic shock. In: Schlossberg D, ed. *Clinical Infectious Disease*. 2nd ed. Cambridge University Press; 2015:13-23. doi:10.1017/CBO9781139855952.004
2. **Mohr NM, Vakkalanka JP, Faine BA, et al.** Serum anion gap predicts lactate poorly, but may be used to identify sepsis patients at risk for death: A cohort study. *J Crit Care*. 2018;44:223-228. doi:10.1016/j.jcrc.2017.10.043
3. **Đào Xuân Phương.** Đánh giá kết quả áp dụng gói điều trị nhiễm khuẩn và sốc nhiễm khuẩn trong giờ đầu tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội. 2022.
4. **Jung B, Rimmele T, Le Goff C, et al.** Severe metabolic or mixed acidemia on intensive care unit admission: incidence, prognosis and administration of buffer therapy. A prospective, multiple-center study. *Crit Care*. 2011;15(5):R238. doi:10.1186/cc10487
5. **Iberti TJ, Leibowitz AB, Papadakos PJ, Fischer EP.** Low sensitivity of the anion gap as a screen to detect hyperlactatemia in critically ill patients. *Crit Care Med*. 1990;18(3):275-277. doi:10.1097/00003246-199003000-00005
6. **Kraut JA, Madias NE.** Lactic Acidosis. *New England Journal of Medicine*. 2014;371(24):2309-2319. doi:10.1056/NEJMra1309483
7. **Banks DD, Gloss LM.** Folding mechanism of the (H3-H4)₂ histone tetramer of the core nucleosome. *Protein Sci*. 2004;13(5):1304-1316. doi:10.1110/ps.03535504
8. **Lucchinetti C, Brück W, Noseworthy J.** Multiple sclerosis: recent developments in neuropathology, pathogenesis, magnetic resonance imaging studies and treatment. *Curr Opin Neurol*. 2001;14(3):259-269. doi:10.1097/00019052-200106000-00002
9. **Gage BF, Waterman AD, Shannon W, Boehler M, Rich MW, Radford MJ.** Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. *JAMA*. 2001;285(22):2864-2870. doi:10.1001/jama.285.22.2864
10. **Meqdam MM, Subaih SH, Thwiny IR.** Rapid detection and clinical features of influenza and parainfluenza in infants and young children hospitalized with acute lower respiratory illnesses. *J Trop Pediatr*. 2005;51(3):160-165. doi:10.1093/tropej/fmi002

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬ DỤNG VẬT CHỮ Z TRONG ĐIỀU TRỊ BIẾN DẠNG ĐẦU CÁNH MŨI MỨC ĐỘ NHẸ CHO BỆNH NHÂN DI CHỨNG KHE HỞ MÔI MỘT BÊN BẨM SINH

Nguyễn Văn Long*, Bạch Minh Quang**,
Bạch Minh Tiến*, Nguyễn Thị Thu Trang*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị biến dạng đầu cánh mũi mức độ nhẹ ở bệnh nhân có di chứng khe hở môi một bên bẩm sinh bằng cách sử dụng vật chữ Z cải tiến. **Phương pháp:** Tiến cứu có can thiệp lâm sàng, không đối chứng và theo dõi dọc trên 33 bệnh nhân từ 10 – 38 tuổi được phẫu thuật bằng vật chữ Z cải tiến với góc vạt 90°. **Kết quả:** Sau phẫu thuật, hình thái và sự cân đối của cánh mũi được cải thiện với chiều cao lỗ mũi bên bệnh tăng lên (10,9 ± 0,9 mm) chỉ còn chênh lệch nhẹ với bên lành (11,2 ± 1,1mm), hệ số bất đối xứng chiều cao lỗ mũi giảm

từ 28% xuống 14%. Có 87,88% bệnh nhân đạt kết quả phẫu thuật tốt, 12,12% có kết quả khá, không có trường hợp nào có kết quả kém và không có biến chứng nặng. **Kết luận:** Kỹ thuật tạo hình mũi kín bằng vật chữ Z cải tiến với góc vạt 90° đạt kết quả tốt trong điều trị biến dạng xẹp cánh mũi mức độ nhẹ ở di chứng khe hở môi một bên. Phương pháp giúp cải thiện hình thái về độ nhô và sự cân xứng cánh mũi. Kỹ thuật thực hiện với dụng cụ cơ bản, chi phí thấp, dễ triển khai ứng dụng tại các cơ sở y tế tuyến dưới. **Từ khóa:** Biến dạng đầu cánh mũi; di chứng khe hở môi; vật chữ Z.

ABSTRACT

EVALUATING THE OUTCOMES OF Z-PLASTY IN THE TREATMENT OF MILD ALAR DEFORMITY IN PATIENTS WITH UNILATERAL CLEFT LIP SEQUELAE

Purposes: To evaluate the surgical outcomes of treating mild alar nasal deformities in patients with unilateral congenital cleft lip sequelae using a modified

* Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - CuBa

** Phòng khám phẫu thuật thẩm mỹ Bác sĩ Bạch Minh Tiến

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Long

Email: sieu.van.long.24@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 13.3.2026

Ngày duyệt bài: 10.4.2026

Z-plasty technique. **Methods:** A prospective, non-controlled interventional clinical study with longitudinal follow-up was conducted on 33 patients aged 10–38 years. All patients underwent nasal reconstruction using a modified Z-plasty technique with a 90° flap angle. **Results:** Postoperatively, nasal morphology and alar symmetry were significantly improved. The nostril height on the cleft side increased to 10.9 ± 0.9 mm, showing only a slight difference compared with the non-cleft side (11.2 ± 1.1 mm). The nostril height asymmetry index decreased markedly from 28% to 14%. There were 87.88% of patients who achieved good surgical outcomes, 12.12% had fair results, with no cases of poor outcomes or severe complications. **Conclusion:** The modified Z-plasty closed rhinoplasty technique with a 90° flap angle provides favorable outcomes in the treatment of mild alar collapse deformities secondary to unilateral cleft lip. This method effectively improves alar projection and nasal symmetry. The technique is performed using basic instruments, is low-cost, and is easy to deploy and apply at grassroots medical facilities. **Keywords:** Alar nasal deformity; cleft lip sequelae; Z-plasty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

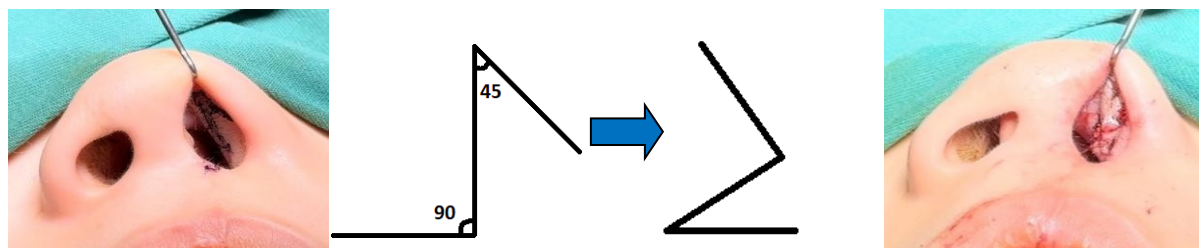
Mũi là cơ quan nằm ở tầng giữa mặt, đảm nhiệm chức năng của đường hô hấp trên, cũng như có vai trò quan trọng đến thẩm mỹ của khuôn mặt. Biến dạng đầu cánh mũi do di chứng dị tật khe hở môi khá phổ biến, gây ảnh hưởng đến hình thái và thẩm mỹ của mũi, cũng như tác động lớn đến tâm lý, gây mất tự tin cho người bệnh [1]. Đặc điểm biến dạng mũi thường gặp nhất ở bệnh nhân (BN) có di chứng khe hở môi (KHM) 1 bên mức độ nhẹ là cánh mũi và lỗ mũi không cân xứng, sụp vòm cánh mũi, gờ mũi, mất cân xứng nhẹ đỉnh mũi và trụ mũi [8] (Hình 1.1). Theo báo cáo về dịch tễ dị tật khe hở môi - vòm miệng của Ahmed Abumustafa cùng cộng sự (2019), tỷ lệ trẻ mắc dị tật ở Việt Nam là 1,4/1000 trẻ được sinh ra. Như vậy, ước tính có hơn 100 nghìn dân có biến dạng đầu cánh mũi do di chứng của KHM bẩm sinh trong dân số cả nước [4].



Hình 1.1: Đặc điểm biến dạng sụp cánh mũi mức độ nhẹ do di chứng KHM [8]

Xử lý biến dạng cánh mũi nhằm mục đích tái tạo lại hình thái và thẩm mỹ với nhiều kỹ thuật có thể sử dụng. Kỹ thuật hiện tại và kinh điển gồm có kỹ thuật mổ mở và kỹ thuật mổ mũi kín. Mổ mở sử dụng đường rạch cắt ngang trụ mũi, bóc lộ tạo hình cấu trúc sụn cánh mũi, trụ mũi với mảnh ghép sụn tự thân hoặc kết hợp vật liệu nhân tạo [2]. Ở Việt Nam, kỹ thuật mổ mở kinh điển trên còn một số hạn chế do kỹ thuật phức tạp, chi phí cao...[3]. Kỹ thuật mổ kín là tạo hình cánh mũi sử dụng vạt lót tiền đình – da hoặc vạt phức hợp sụn da. Năm 1986, Nakajima đề xuất ứng dụng vạt chữ Z trong điều trị biến dạng cánh mũi nhẹ do di chứng KHM. Tác giả sử dụng 2 vạt da với góc vạt Z 60° kết hợp khâu treo sụn để chỉnh hình nếp tiền đình [2].

Hàng năm, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam CuBa (BVVN-CB) tiếp nhận khoảng 30 BN có nhu cầu điều trị biến dạng cánh mũi nhẹ do di chứng KHM. Do một số hạn chế của kỹ thuật kinh điển, nhóm nghiên cứu đã sử dụng những vật liệu sẵn có, chi phí thấp để cải tiến kỹ thuật vạt chữ Z điều trị biến dạng đầu cánh mũi mức độ nhẹ cho BN di chứng KHM một bên bẩm sinh. Điểm mới của kỹ thuật là sử dụng vạt Z cải tiến với 1 góc vạt mở rộng 90°, có mang theo phức hợp sụn – niêm mạc. Sau khi chuyển vạt có tác dụng làm dài đường ranh giới tiền đình mũi, xoay sụn tứ giác ra trước và lên cao. Từ đó nâng đỡ, cải thiện tình trạng biến dạng xẹp cánh mũi, giúp đem lại thẩm mỹ cho BN (hình 1.2).



Hình 1.2. Kỹ thuật tạo hình Z cải tiến tại BVHNVN-CB

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Các BN được chẩn đoán có biến dạng cánh mũi mức độ nhẹ do dị chứng KHM một bên bẩm sinh, có cánh mũi và lỗ mũi không cân xứng, sụp vòm cánh mũi, gờ mũi, mất cân xứng nhẹ đỉnh mũi và trụ mũi. Các BN có chỉ định phẫu thuật (PT) điều trị biến dạng cánh mũi.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Tiến cứu có can thiệp lâm sàng, không đối chứng và theo dõi dọc quá trình điều trị.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

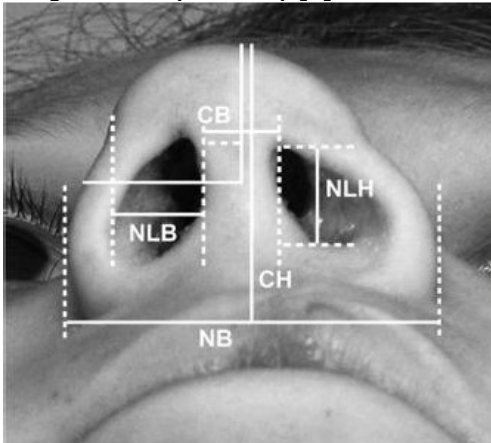
Từ 06/2022 đến 11/2023 tại BVVN-CB.

2.3. Khám, đánh giá đặc điểm hình thái mũi

Tất cả bệnh nhân được thăm khám lâm sàng và đánh giá hình thái mũi trước PT bằng phương pháp chụp ảnh tiêu chuẩn kết hợp đo đạc các chỉ số nhân trắc học.

- BN được chụp ảnh kỹ thuật số ở 4 tư thế chuẩn: tư thế mặt thẳng, tư thế chếch, tư thế nghiêng và tư thế nền mũi. Ở tư thế mặt thẳng, BN được yêu cầu giữ đầu thẳng, nhìn hướng trực diện về phía trước. Đối với tư thế nền mũi, BN phải ngửa đầu ra sau đến khi đường tưởng tượng nối hai đồng tử song song với mặt phẳng ngang [2]. Đánh giá hình thái và mức độ cân xứng vùng đầu mũi: đỉnh mũi, gờ cánh mũi, nếp gấp tiền đỉnh cánh mũi, vòm mũi, hình dạng lỗ mũi, sụn cánh mũi bị uốn cong, vị trí cánh mũi và chân cánh mũi.

- Các mốc giải phẫu khuôn mặt và các kích thước nghiên cứu (hình 2.1) [2]:



Hình 2.1. Tư thế BN và các thông số hình thái mũi. CH: Chiều cao tiểu trụ, NLH: chiều cao lỗ mũi, NLB: độ rộng lỗ mũi. CB: độ rộng trụ mũi "Nguồn: Krisztian N., 2007" [7]

2.4. Đánh giá kết quả điều trị

Đánh giá kết quả tạo hình mũi theo thang điểm dựa trên 2 tiêu chí sau:

- Mức độ cải thiện các thông số hình thái mũi, phản ánh sự thay đổi của đường viền và hình dáng cánh mũi, bao gồm chiều cao, độ rộng và độ nhô của các cấu trúc liên quan.

- Mức độ cải thiện sự bất đối xứng hai bên mũi, được đánh giá bằng hệ số bất cân xứng (%) cho từng loại kích thước của lỗ mũi bên lành và bên bệnh được tính theo công thức (Theo Piotr Fudalej) [3]: $= (X/Y - 1) \times 100\%$ Trong đó: X: Kích thước bên lỗ mũi đo được có giá trị lớn hơn; Y: Kích thước có giá trị nhỏ hơn tương ứng của lỗ mũi bên còn lại.

Giá trị bất cân xứng = 0% biểu thị sự cân xứng tuyệt đối của kích thước được đo. Mức độ bất đối xứng được so sánh tại thời điểm trước PT và sau PT 12 tháng, nhằm đánh giá hiệu quả và tính ổn định của kết quả điều trị theo thời gian. Sử dụng Phân tích thống kê để so sánh sự khác biệt giữa các thời điểm và giữa các nhóm nghiên cứu. Các phép kiểm bao gồm T-test độc lập, T-test bắt cặp và phép kiểm Kruskal-Wallis khi cần thiết. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0.

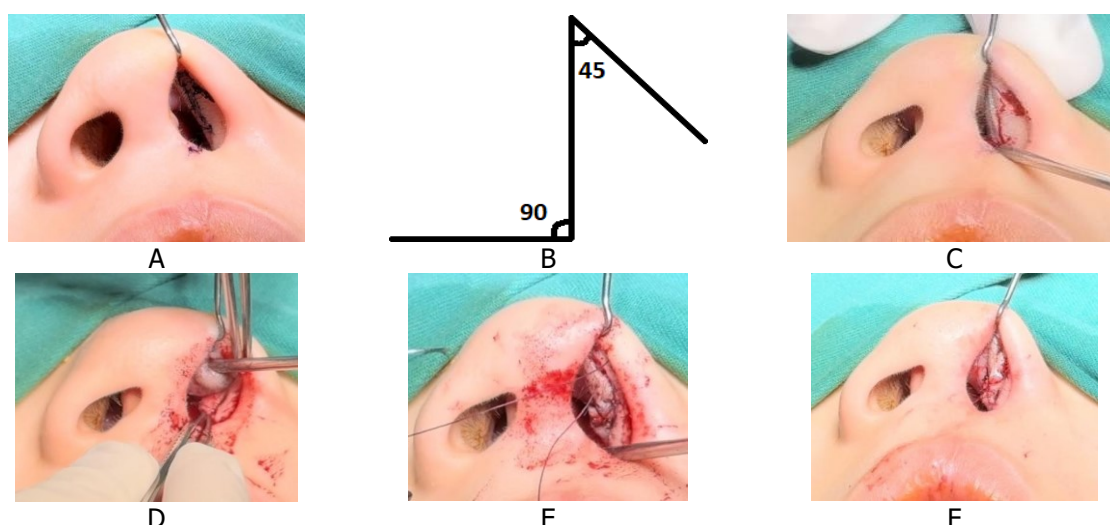
2.5. Đánh giá biến chứng nặng PT:

Có 5 biến chứng nặng được sử dụng để đánh giá sau PT gồm: 1) Chảy máu; 2) Tụ dịch; 3) Hoại tử niêm mạc; 4) Nhiễm trùng; 5) Tái phát biến dạng.

2.6. Quy trình kỹ thuật.

Các bước kỹ thuật (hình 2.2): 1) Bước 1: Sát khuẩn; 2) Bước 2: Thiết kế vạt; 3) Bước 3: Gây tê; 4) Bước 4: Rạch niêm mạc tiền đỉnh mũi; 5) Bước 5: Phẫu tích vạt; 6) Bước 6: Chuyển vạt và khâu đóng; 7) Bước 7: Kiểm tra, đánh giá sự cân đối cánh mũi 2 bên; 8) Bước 8: Cố định vết mổ với Merocel.

Quy trình kỹ thuật đã được thông qua Hội đồng Khoa học của BVVN-CB chấp nhận cho áp dụng triển khai điều trị cho BN tại Bệnh viện.



Hình 2.2: a. Thiết kế vạt, b. Vạt chữ Z cải tiến; c. Rạch niêm mạc; d. Chuyển vạt; e, f. Khâu đóng

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Trong 33 BN có biến dạng dạng đầu cánh mũi mức độ nhẹ: 18 BN nữ (52%) và 15 BN nam (48%). Tuổi trung bình của BN là 18,6 tuổi; cao nhất là 38, thấp nhất là 10 tuổi.

Bảng 3.1. Vị trí cánh mũi biến dạng di chứng khe hở môi và đặc điểm hình thái cánh mũi bị biến dạng (n = 33)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vị trí cánh mũi biến dạng	Bên trái	26	78,79
	Bên phải	7	21,21
Hình thái cánh mũi biến dạng	Gờ cánh mũi	33	100
	Nếp tiền đỉnh cánh mũi	25	81,80
	Sụn cánh mũi bị oằn vào trong tiền đỉnh	27	75,80

Bảng 3.2. Kích thước cánh mũi trước phẫu thuật (n=33)

(Đơn vị tính: mm)

Đặc điểm về kích thước	Trung bình	Lớn nhất	Nhỏ nhất
Chiều cao lỗ mũi bên lành	11,2 ± 1,1	13,0	8,5
Chiều cao lỗ mũi bên bệnh	9,1 ± 0,8	11,0	8,0
Chiều rộng lỗ mũi bên lành	10,9 ± 1,3	13,0	8,0
Chiều rộng lỗ mũi bên bệnh	11,2 ± 1,6	14,0	7,5
Chiều cao trụ mũi	8,9 ± 1,1	10,5	6,0
Chiều cao mũi	16,5 ± 1,3	19,0	14,0

Trước PT, chiều cao cánh mũi bên khe hở thấp hơn so và bên lành và sự chênh lệch được thể hiện qua thông số đo chiều cao lỗ mũi bên

bệnh (9,1 ± 0,8mm) nhỏ hơn bên lành (11,2 ± 1,1mm).

Bảng 3.3. Kích thước cánh mũi trước và sau phẫu thuật (n=33)

(Đơn vị tính: mm)

Đặc điểm	Trước PT	Sau PT	p
Chiều cao lỗ mũi bên lành	11,2 ± 1,1	11,2 ± 1,1	1,00
Chiều cao lỗ mũi bên bệnh	9,1 ± 0,8	10,9 ± 0,9	P < 0,001
Chiều rộng lỗ mũi bên lành	10,9 ± 1,3	10,9 ± 1,3	1,00
Chiều rộng lỗ mũi bên bệnh	11,2 ± 1,6	11,1 ± 1,5	0,56
Hệ số bất đối xứng chiều cao lỗ mũi (%)	28,0 ± 9,0	14 ± 6	P < 0,001
Hệ số bất đối xứng chiều rộng lỗ mũi (%)	20,0 ± 8,0	16 ± 7	0,28

Sau PT, kiểm định bằng T bắt cặp cho thấy chiều cao lỗ mũi bên khe hở tăng đáng kể từ 9,1 ± 0,8mm lên 10,9 ± 0,9 mm, sự cải thiện có ý nghĩa thống kê (p < 0,001), trong khi chiều cao lỗ mũi bên lành không thay đổi. Tương ứng, hệ số bất đối xứng chiều cao lỗ mũi giảm từ 28% xuống 14% (p < 0,001), phản ánh sự cải thiện rõ rệt về hình thái cánh mũi theo chiều dọc. Ngược lại, chiều rộng lỗ mũi giữa hai bên trước và sau PT gần như không thay đổi (11,2 ± 1,6 mm so với 11,1 ± 1,5 mm ở bên bệnh), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,56). Hệ số bất đối xứng chiều rộng lỗ mũi chỉ giảm nhẹ từ 20% xuống 16% và không đạt ý nghĩa thống kê (p = 0,28). Điều này cho thấy kỹ thuật PT chủ yếu cải thiện chiều cao và độ nhỏ cánh mũi.

- Đánh giá về cải thiện hình thái đường viền cánh mũi PT: chiều cao lỗ mũi giữa bên lành ($11,2 \pm 1,1\text{mm}$) và bên KHM ($10,9 \pm 0,9\text{mm}$) vẫn còn chênh ($p < 0,05$), một phần nguyên nhân là do mô sẹo bên tiền đình mũi KHM. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước khi ghi nhận sự cải thiện rõ rệt độ nhô và cân xứng cánh mũi sau PT. Dixon, Toriumi hay Kehrer ghi nhận tăng đáng kể độ nhô cánh mũi bằng PT mũi mở với mảnh ghép sụn kéo dài vách ngăn [5], [6]; trong khi Nguyễn Đình Chương và Tạ Trung Sơn cũng báo cáo kết quả tương tự ở các kỹ thuật tạo hình mũi thứ phát trên BN KHM một bên [2], [3].

- Đánh giá về cải thiện biến dạng bất cân xứng mũi, chúng tôi thống kê vùng cánh mũi bên KHM tăng độ nhô lớn nhất với trung bình $1,8 \pm 0,9\text{mm}$. Ở các nghiên cứu về PT mũi mở có sử dụng mảnh ghép sụn để làm tang chiều cao trụ mũi thì độ nhô tăng nhiều nhất ở cánh mũi bên KHM với Nguyễn Đình Chương là $3,8 \pm 1,6\text{ mm}$, còn với T. K. Dixon và D. Toriumi là $3,26\text{mm}$ [5]. Sau PT hệ số bất đối xứng (HSBĐX) chiều cao lỗ mũi và chiều rộng lỗ mũi đều giảm rõ rệt so với trước PT, cải thiện lần lượt là 14% và 16%. Kết quả này cho thấy kỹ thuật vạt chữ Z cải tiến có hiệu quả trong việc tái lập và nâng đỡ vùng gian vòm của sụn cánh mũi biến dạng (SCMBD) trở nên cân đối hơn, và cũng tương đồng với nghiên cứu của Tạ Trung Sơn sử dụng mảnh ghép thanh chống trụ mũi bằng sụn sườn và giải phóng trụ ngoài SCMBD đã ghi nhận sự cải thiện hình thái lỗ mũi giữa bên KHM và bên lành [3].



Trước mổ



Sau mổ

Hình 3.1: Bệnh nhân A sau phẫu thuật tạo hình vạt chữ Z cải tiến điều trị biến dạng đầu cánh mũi trái

Với những trường hợp có biến dạng nghiêng trụ mũi, chúng tôi phối hợp sử dụng thêm mũi khâu gian vòm trụ trong của sụn cánh mũi 2 bên để cải thiện sự cân đối của đầu cánh mũi.

- **Biến chứng nặng PT:** Trong 33 BN được PT, không có BN nào mắc một trong 5 biến chứng nặng, đạt được kết quả này một phần khi thực hiện PT với dụng cụ cơ bản và xâm lấn tối thiểu tới cấu trúc giải phẫu của mũi. Trong khi đó, các kỹ thuật tạo hình mũi mở điều trị biến dạng cánh mũi do di chứng KHM ghi nhận sự xuất hiện của biến chứng nặng, Nguyễn Đình Chương (2022) nghiên cứu trên 36 ca có tỉ lệ nhiễm trùng 1/36 (2,8%), chậm liền vết mổ hay liền thương kỳ hai 1/36 (2,8%) [2].

Bảng 3.4. Đánh giá kết quả phẫu thuật và mức độ hài lòng của bệnh nhân (n=33)

Chỉ số	Kết quả PT			Mức độ hài lòng		
	Tốt	Khá	Kém	Rất hài lòng	Khá hài lòng	Không hài lòng
Số ca	29	4	0	25	8	0
Tỷ lệ (%)	87,88	12,12	0,00	75,76	24,24	0,00

- Kết quả PT, có 87,88% BN đạt kết quả tốt, 12,12% BN có kết quả khá, không có trường hợp nào có kết quả kém. Kết quả PT theo phương pháp mổ mở của Tạ Trung Sơn (2020) trên 25 BN có 77% đạt kết quả tốt, Nguyễn Đình Chương (2022) có 91,67% BN có kết quả tốt, 8,33% BN có kết quả khá [2], [3].

- Có 75,76% BN rất hài lòng với kết quả PT và 24,24% đánh giá khá hài lòng. PT đạt được tỷ lệ hài lòng cao của BN do cải thiện hình thái biến dạng cánh mũi bằng sử dụng kỹ thuật mổ mũi kín được thực hiện với dụng cụ cơ bản, ít biến chứng, giảm thời gian nằm viện và giảm chi phí điều trị.

IV. KẾT LUẬN

Sử dụng kỹ thuật tạo hình mũi kín bằng vạt chữ Z cải tiến với góc vạt 90° mang niêm mạc và sụn cánh mũi cho thấy hiệu quả tốt trong điều trị biến dạng xẹp cánh mũi mức độ nhẹ do di chứng khe hở môi một bên. Phương pháp giúp cải thiện hình thái về độ nhô và sự cân xứng cánh mũi, thông qua đánh giá chiều cao lỗ mũi bên khe hở tăng đáng kể và hệ số bất đối xứng chiều cao lỗ mũi giảm rõ rệt, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê. PT đạt tỷ lệ kết quả tốt 87,88%, không ghi nhận biến chứng nặng. Kỹ thuật sử dụng dụng cụ cơ bản, chi phí thấp, dễ triển khai và ứng dụng tại các cơ sở y tế tuyến dưới cho các trường hợp chỉ định phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Hoàng Vinh, Trần Việt Luân, Đỗ Quang Hùng (2022), "Đặc điểm các biến dạng ở mũi trên bệnh nhân khe hở môi một bên ứng dụng trong phẫu thuật tạo hình mũi tại Bệnh viện Chợ Rẫy", *Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam* 65(7): 17 – 20.
2. Nguyễn Đình Chương, Trần Thiết Sơn và Nguyễn Thị Kiều Thơ (2022), *Nghiên cứu tạo hình mũi ở bệnh nhân đã mổ khe hở môi bên bằng vật sụn da và mảnh ghép sụn vách ngăn*, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
3. Tạ Trung Sơn, Lê Ngọc Tuyên, Lê Văn Sơn và Phạm Dương Châu (2020), "Ghép sụn sườn tự thân chữa biến dạng lỗ mũi cho bệnh nhân sau mổ khe hở môi vòm miệng", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 132(8), tr. 68-76.
4. Abumustafa, B. Alkhen, M. M. Tolarova (2019), "Prevalence of cleft lip and palate anomalies in south-east Asia", 21st Annual Pacific Excellence Day, events. 19.
5. Dixon T. K., Caughlin B. P., Munaretto N., and Toriumi D. M. (2013), "Three-dimensional evaluation of unilateral cleft rhinoplasty results", *Facial Plastic Surgery*, 29(02), pp. 106-115.
6. Kehrer A., Nijhuis T. H., Lonc D., et al. (2019), "An analysis of aesthetic refinements in 120 secondary cleft rhinoplasties", *Annals of plastic surgery*, 83(4), pp. 429-435.
7. Krisztián N. and Mommaerts M. Y. (2007), "Analysis of the cleft-lip nose in submental-vertical view, Part I—reliability of a new measurement instrument", *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 35(6-7), pp. 265-277.
8. Thomson HG, Reinders FX (1995). A long-term appraisal of the unilateral cleft lip repair: one surgeon's experience. *Plast Reconstr Surg*. 96:549–556

NHẬN XÉT HỆ THỐNG ỐNG TỦY CỦA RĂNG HÀM LỚN THỨ BA HÀM TRÊN TRÊN PHIM CBCT CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC, ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI

Phạm Thị Thu Hiền¹, Trần Thị Ngọc Anh¹,
Lê Linh Chi¹, Nguyễn Thị Loan¹

ON CBCT IN STUDENTS OF UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY, VIETNAM NATIONAL UNIVERSITY

Maxillary third molars present highly variable root and canal morphology, which may complicate endodontic treatment. This study aimed to describe the root number, canal number and canal configuration of maxillary third molars using CBCT images in students at the University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University. Methods: a retrospective descriptive study on 124 maxillary third molars (teeth 18 and 28) from 62 CBCT scans; root number, canal number and Vertucci canal configurations were recorded. Results: three-rooted teeth were the most common (58.9%), followed by two-rooted (26.6%), four-rooted (8.0%) and single-rooted (6.5) teeth. Three canals were most frequent (58.9%), while one-, two- and four-canal systems each accounted for 13.7%. Vertucci type I configuration predominated (91.1%), followed by type II (4.8%) and type IV (4.0%). **Keywords:** maxillary third molar, root canal, CBCT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất răng hàm lớn thứ nhất và thứ hai hàm trên do sâu răng, chấn thương... khá thường gặp; nghiên cứu của Mostafa Rezaie (2018) cho thấy tỷ lệ mất ít nhất một răng hàm lớn vĩnh viễn trên một nhóm đối tượng người Iran là đáng kể [1]. Tình trạng mất răng gây nhiều hậu quả như

TÓM TẮT

Răng hàm lớn thứ ba hàm trên có hình thái chân răng và cấu hình ống tủy đa dạng, gây nhiều khó khăn trong điều trị nội nha. Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả đặc điểm hệ thống chân răng và hệ thống ống tủy của răng hàm lớn thứ ba hàm trên trên phim Conebeam CT. Phương pháp: nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 124 răng hàm lớn thứ ba hàm trên (răng 18 và 28) từ 62 phim Conebeam CT của sinh viên Trường Đại học Y Dược – ĐHQGHN; ghi nhận số lượng chân răng, số lượng ống tủy và cấu hình ống tủy theo phân loại Vertucci. Kết quả: răng có 3 chân chiếm tỷ lệ cao nhất (58,9%), tiếp theo là 2 chân (26,6%), 4 chân (8,0%) và 1 chân (6,5%); số lượng ống tủy thường gặp nhất là 3 ống (58,9%), tiếp theo 4 ống (13,7%), 2 ống (13,7%) và 1 ống (13,7%); cấu hình Vertucci loại I chiếm ưu thế (91,1%), sau đó là loại II (4,8%) và loại IV (4,0%). **Từ khóa:** răng hàm lớn thứ ba hàm trên, hệ thống ống tủy, CBCT.

ABSTRACT

ASSESSMENT OF THE ROOT CANAL SYSTEM OF MAXILLARY THIRD MOLARS

¹ Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Linh Chi

Email: linhchi.le.2710@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2026

Ngày duyệt bài: 6.4.2026