

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Hoàng Vĩnh, 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 một 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 Tuyền, 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. Krisztian 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

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

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

giảm hiệu quả ăn nhai, răng nghiêng-xô lệch, thay đổi khớp cắn, phát âm và làm tăng nguy cơ bệnh nha chu, sâu răng.

Răng hàm lớn thứ ba hàm trên (răng khôn) là răng mọc muộn, khó tiếp cận và khó dự đoán về hình thể-vị trí; thời điểm mọc có thể kéo dài từ 16-17 đến 30 tuổi hoặc muộn hơn. Trong trường hợp mất răng hàm lớn thứ nhất/thứ hai, răng hàm lớn thứ ba có thể được bảo tồn để cấy ghép răng tự thân thay thế răng đã mất [2,3]. Điều trị nội nha sau cấy ghép thường được tiến hành khi răng ổn định tại vị trí cấy ghép, khoảng sau 2 tuần [4], và các tổng quan cho thấy tỷ lệ thành công của cấy ghép tự thân có thể đạt mức cao (93-100%) tùy thời gian theo dõi [5]. Vì vậy, trong nhiều tình huống, điều trị nội nha răng hàm lớn thứ ba trở nên cần thiết, đòi hỏi hiểu rõ giải phẫu hệ thống ống tủy.

Tuy nhiên, hệ thống ống tủy răng hàm lớn thứ ba hàm trên thường phức tạp và khó khảo sát đầy đủ trên phim 2D (cận chóp/panorama). Phim Conebeam CT cung cấp hình ảnh ba chiều của vùng khảo sát, giúp đánh giá rõ hơn số lượng chân răng, số lượng và cấu hình ống tủy, từ đó hỗ trợ lập kế hoạch điều trị chính xác hơn. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm: (1) Mô tả đặc điểm giải phẫu chân răng hàm lớn thứ ba hàm trên trên phim CBCT của sinh viên Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội; (2) Mô tả đặc điểm giải phẫu hệ thống ống tủy của nhóm răng này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 124 răng hàm lớn thứ ba hàm trên phải và trái của sinh viên được chụp phim conebeam CT bằng máy chụp phim tại phòng khám Răng Hàm Mặt – Trường Đại học Y Dược – ĐHQGHN.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Các răng hàm lớn thứ ba hàm trên đã đóng chóp, có xu hướng mọc thẳng, không bị kẹt hay mọc ngang trong xương hàm trên.

+ Hình ảnh conebeam CT rõ ràng, thể hiện được hình thể bên ngoài và hình ảnh các ống tủy.

+ Phim CBCT của sinh viên từ 18 tuổi trở lên.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

Phim CBCT không có răng hàm lớn thứ ba hàm trên. Các răng hàm lớn thứ ba hàm trên đã bị:

+ Sâu vỡ lớn thân răng.

+ Tiêu chân răng.

+ Vị trí răng nằm trong xoang hàm.

2. Phương pháp

Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 2/2025 đến tháng 3/2025 tại Trường Đại học Y Dược –

ĐHQGHN.

Cỡ mẫu, chọn mẫu:

Áp dụng theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu:

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

Theo nghiên cứu của Aladdin Ahmad Al-Qudah (2023) với $p = 0,9204$ (tỷ lệ RHL thứ 3 hàm trên có ≥ 2 ống tủy là 92.04%) [6], tính được $n = 113$ răng, lấy thêm 11 răng (10%) phòng trường hợp sai lệch. Trên thực tế, trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi đã tiến hành khảo sát trên 124 răng, tương ứng trên 62 phim Conebeam CT của 62 sinh viên.

Thiết kế và thu thập dữ liệu

Nghiên cứu thực hiện theo phương pháp hồi cứu, phân tích trên CBCT của các sinh viên được chụp phim conebeam CT tại trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội. Phim Conebeam CT được chụp bằng máy Galileos (Sirona Dental System Inc., Đức), kích cỡ Voxel 0.3mm x 0.3mm x 0.3mm, công suất 90kVp, 5mA, thời gian quét 12s.

Đánh giá trên các lát cắt (axial/sagittal/coronal) để ghi nhận:

- Số lượng chân răng
- Số lượng ống tủy
- Hình thái hệ thống ống tủy theo Vertucci (I-VIII).

Các tiêu chí đánh giá hình thái ống tủy: Đánh giá theo phân loại của Vertucci:

- Loại I (1-1): Một ống tủy đi từ buồng tủy tới chóp răng, không phân nhánh.

- Loại II (2-1): Hai ống tủy đi riêng biệt bắt đầu từ buồng tủy và hợp lại thành một ở một ống tại chóp răng.

- Loại III (1-2-1): Một ống tủy đi từ buồng tủy, sau đó chia thành hai nhánh ở phía chóp và hợp nhất thành một ở một ống tủy ở phía chóp răng.

- Loại IV (2-2): Hai ống tủy đi song song riêng biệt từ buồng tủy tới chóp răng.

- Loại V (1-2): Một ống tủy đi từ buồng tủy và chia thành hai ống tủy cho đến khi gần chóp.

- Loại VI (2-1-2): Hai ống tủy đi từ buồng tủy, trong quá trình đi trong chân răng, chúng hợp lại thành một và sau đó lại chia thành hai ống tủy ở chóp răng.

- Loại VII (1-2-1-2): Một ống tủy bắt đầu từ buồng tủy, sau đó chia thành hai ống tủy, lại hợp nhất thành một ống tủy và cuối cùng ở chóp chia thành hai ống tủy.

- Loại VIII (3-3): Ba ống tủy đi từ buồng tủy đến chóp răng.

Thu thập và phân tích số liệu

- Các thông tin, số liệu được thu thập và phân tích trên phần mềm Excel và SPSS 20.0.

- Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả, tính tỷ lệ, so sánh.

- Chuẩn hóa kĩ thuật trước khi tiến hành nghiên cứu

Đạo đức nghiên cứu:

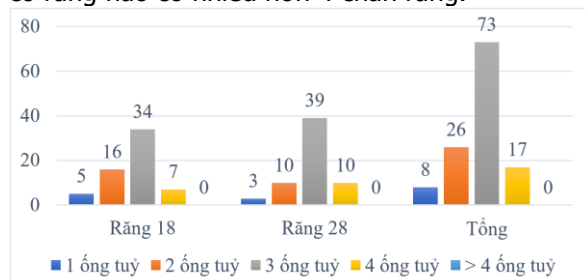
Số liệu được thu thập, phân tích và xử lý một cách chính xác và tin cậy, đảm bảo tính đúng đắn của kết quả nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ nhằm vào việc bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân, không nhằm mục đích nào khác. Các thông tin về đối tượng nghiên cứu được bảo mật, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu mà không phục vụ bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Số lượng chân răng hàm lớn thứ ba hàm trên

Loại răng Số lượng răng	Răng 18	Răng 28	Tổng	Tỷ lệ (%)
1 chân	5	3	8	6,5
2 chân	21	12	33	26,6
3 chân	31	42	73	58,9
4 chân	5	5	10	8,0
> 4 chân	0	0	0	0
Tổng	62	62	124	100

Số lượng chân răng 2 bên phải và trái khác biệt nhau không có ý nghĩa thống kê (kiểm định Chi – square = 0.203 > 0.05). Số lượng 3 chân răng chiếm nhiều nhất 58,87%, sau đó là 2 chân (26.6%), 4 chân (8%), và 1 chân (6.5%), không có răng nào có nhiều hơn 4 chân răng.



Biểu đồ 1. Số lượng ống tủy trên răng hàm lớn thứ ba hàm trên

Số lượng ống tủy 2 bên phải và trái khác biệt nhau không có ý nghĩa thống kê (kiểm định Chi – square = 0.431 > 0.05). Số lượng 3 ống tủy chiếm nhiều nhất 58.9%, sau đó là 2 ống (21%), 4 ống (13.7%), và 1 ống (6.5%).

Bảng 2. Phân loại hình thái ống tủy theo Vertucci theo vị trí chân răng

Số chân răng	Vị trí chân răng	Phân loại theo Vertucci	Răng 18	Răng 28	Tổng (%)
1 chân		I	5	3	100
2 chân	Ngoài	I	17	9	79 (26)
		II		1	3 (1)
		IV	2	1	9 (3)
		VI	1		3 (1)
		VII	1		3 (1)
		VIII		1	3 (1)
	Trong	I	21	11	96,97 (32)
		VIII		1	3,03 (1)
3 chân	Gần ngoài	I	27	34	84 (61)
		II		2	3 (2)
		III	1	1	3 (2)
		IV	2	1	4 (3)
		V		1	1 (1)
		VI	1	2	4 (3)
		VIII		1	1 (1)
	Xa ngoài	I	29	42	97,2 (71)
		IV	1		1,4 (1)
		VII	1		1,4 (1)
	Trong	I	31	42	100
4 chân		I	3	7	100

Tất cả răng có một chân đều có phân loại ống tủy loại I theo Vertucci. Đối với răng hai chân, 79% răng ở chân ngoài có phân loại loại I, loại IV chiếm 9%, và các loại khác chiếm 3%; ở chân trong, 96,97% răng có phân loại loại I, còn lại là loại VIII (3,03%). Với răng ba chân, ở chân gần ngoài, 84% có phân loại loại I, loại II và III chiếm 3%, loại IV và VI chiếm 4%, còn lại là loại V và VIII (1%); chân xa ngoài có 97,2% loại I và loại VII, VIII chiếm 1,4%. Tất cả chân trong của răng ba chân và răng bốn chân đều có phân loại loại I.

Bảng 3. Hình thái ống tủy răng hàm lớn thứ ba hàm trên theo Vertucci

Hình thái ống tủy	Răng 18	Tỷ lệ (%)	Răng 28	Tỷ lệ (%)	p
Loại I theo Vertucci	53	95	57	91,9	0,3
Loại II theo Vertucci	0	0	2	3,2	0,496
Loại III theo Vertucci	1	1,6	0	0	1
Loại IV theo Vertucci	2	3,2	2	3,2	1

Hình thái ống tủy	Răng 18	Tỷ lệ (%)	Răng 28	Tỷ lệ (%)	P
Loại V theo Vertucci	0	0	1	1,6	1
Loại VI theo Vertucci	1	1,6	0	0	1
Loại VII theo Vertucci	1	1,6	0	0	1
Loại VIII theo Vertucci	1	1,6	0	0	1
Tổng	62	100		100	

Răng khôn hàm trên chủ yếu có 1 ống tủy đi thẳng từ buồng tủy đến chóp răng (Vertucci loại I), với răng 18 chiếm 95% và răng 28 chiếm 91,9%. Các loại II và III có tỷ lệ thấp, với loại II chỉ xuất hiện ở răng 28 và loại III chỉ ở răng 18. Các loại IV đến VIII chiếm tỷ lệ rất nhỏ, không có sự khác biệt rõ rệt giữa răng 18 và 28 và không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

IV. BÀN LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 124 răng hàm lớn thứ ba hàm trên của 62 sinh viên cho thấy:

Số lượng chân răng

Răng có ba chân chiếm tỷ lệ cao nhất (58,9%), tiếp theo là hai chân (26,6%), bốn chân (8,0%) và một chân (6,5%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Stephanie J. Sidow và cộng sự (2000), mặc dù tỷ lệ răng một chân và hai chân trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Sự khác biệt có thể do yếu tố chủng tộc, vùng miền, kỹ thuật chẩn đoán hoặc cách phân loại chân răng. Nghiên cứu của Anna Olczyk và các cộng sự trên 196 răng hàm lớn thứ 3 hàm trên năm 2024 cho thấy: răng có ba chân chiếm tỷ lệ cao nhất (64.29%), tiếp theo là răng có một chân (24.49%), hai chân (7.65%) và bốn chân (3.57%) [7]. So sánh với nghiên cứu của chúng tôi, cho thấy tỷ lệ răng có ba chân (58.9%) và bốn chân (8,0%) khá tương đồng với nghiên cứu này, tuy nhiên tỷ lệ hai chân trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể (26.6% so với 7.65%), sự chênh lệch này có thể là do khu vực nghiên cứu, khác biệt chủng tộc hoặc đặc điểm dân số. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy sự phân bố tương đối đồng đều giữa các giới về số lượng chân răng [8].

Đặc điểm giải phẫu của hệ thống ống tủy

Hệ thống ống tủy của răng hàm lớn thứ ba hàm trên chủ yếu có ba ống tủy (58,9%), tiếp theo là hai ống (21%), bốn ống (13,7%) và một ống (6,5%), không có răng nào có nhiều hơn 4

ống tủy. Số lượng răng có 3 ống tủy chiếm ưu thế ở cả R18 và R28, với tỷ lệ lần lượt là 54.8% và 62.9%. Đây là một đặc điểm giúp nhận định chung rằng hàm lớn thứ ba hàm trên có đặc điểm tương đồng với các răng hàm lớn hàm trên, với đặc điểm chính là có 3 chân răng và 3 ống tủy tương ứng. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Aladdin Ahmad Al-Qudah và cộng sự (2023), trong đó răng có ba ống tủy là phổ biến nhất (52,36%), khẳng định tính ổn định của hình thái này trong quần thể người trưởng thành [6].

Hình thái ống tủy thuộc Vertucci loại I chiếm ưu thế (95% ở răng 18 và 91,9% ở răng 28), các loại còn lại, như loại II và III, có tỷ lệ rất thấp. Từ số liệu nghiên cứu này có thể thấy phân loại hình thái ống tủy khá đối xứng giữa 2 bên hàm. So sánh với kết quả hồi cứu của Manjusha Rawtiya và cộng sự (2016) trên 116 răng hàm lớn thứ ba hàm trên bằng CBCT, tỷ lệ cấu hình loại I được ghi nhận là 43.8% ở chân gần ngoài, 87.5% ở chân xa ngoài và 100% ở chân trong, tỷ lệ loại IV ở chân gần ngoài là 40.6%, ở nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận hình thái ống tủy loại IV chỉ chiếm 3.2% ở mỗi bên hàm trái và phải. Có sự khác biệt này có thể là do khác biệt trong phương pháp nghiên cứu, quy trình thu thập số liệu khảo sát, cách định nghĩa đơn vị phân tích (răng và chân răng), dân số nghiên cứu và độ tuổi, khác biệt về địa lý...

Trong nghiên cứu này, hình thái ống tủy Vertucci loại I chiếm ưu thế ở hầu hết các vị trí chân răng: 100% răng 1 chân và 100% răng 4 chân đều thuộc loại I, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Anna Olczyk và cộng sự [7]. Ở răng 2 chân, chân ngoài chủ yếu là loại I (79%), vẫn ghi nhận một tỷ lệ nhỏ các biến thể (đặc biệt loại IV), trong khi chân trong gần như hoàn toàn là loại I (96,97%), chỉ rất ít loại VIII; xu hướng này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Anna Olczyk và cộng sự dù có khác biệt không đáng kể về tỷ lệ cụ thể [7]. Với răng 3 chân, loại I chiếm đa số ở cả chân gần ngoài (84%), chân xa ngoài (97,2%) và 100% chân trong, tuy nhiên biến thể vẫn tập trung nhiều hơn ở chân gần ngoài. kết quả này tương đồng về xu hướng với nghiên cứu trên CBCT trước đó của Anna Olczyk và Aladdin Ahmad Al-Qudah và các cộng sự [6], [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhận định rằng hình thái ống tủy loại I thường gặp nhất ở các răng hàm trên trong các nghiên cứu trong nước, ví dụ nghiên cứu của Phạm Như Hải và cộng sự trên răng hàm lớn thứ hai hàm trên.

Tuy nhiên, có sự khác biệt giữa các nghiên cứu về tỷ lệ hình thái ống tủy ở các răng khác nhau, do đó, việc đánh giá hình thái ống tủy cần được thực hiện cẩn thận trong quá trình điều trị nội nha, đặc biệt khi chuẩn bị cho cấy ghép răng tự thân [6], vì răng hàm lớn thứ ba có thể gặp khó khăn khi điều trị nội nha do vị trí của chúng trên cung hàm.

V. KẾT LUẬN

Trên phim CBCT của sinh viên Trường Đại học Y Dược – ĐHQGHN, răng hàm lớn thứ ba hàm trên thường gặp nhất là 3 chân (58,9%), 3 ống tủy (58,9%); cấu hình ống tủy theo Vertucci chủ yếu là loại I (91,1%). Kết quả góp phần cung cấp dữ liệu tham khảo phục vụ thực hành nội nha, đặc biệt trong tình huống răng hàm lớn thứ ba được chỉ định điều trị và bảo tồn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rezaie, M., et al., *A Radiographic Evaluation of Missing of Permanent First Molars in a Group of Iranian Children and Adults: A Retrospective Study*. Int J Dent, 2018. **2018**: p. 5253965.
2. Hafezi, L., S. Sakhdari, and N. Moaiyedmohseni, *Morphology of the Roots and Canals of Mandibular Third Molars, Their*

Symmetry and Related Factors Using Cone-Beam Computed Tomography. Iran Endod J, 2019. **14**(4): p. 283-288.

3. Jain, P., et al., *Endodontic management of maxillary third molar with MB2 (Vertucci type IV) canal configuration diagnosed with Cone Beam Computed Tomography - a case report*. Clujul Med, 2017. **90**(4): p. 459-463.
4. Cohen, A.S., T.C. Shen, and M.A. Pogrel, *Transplanting teeth successfully: autografts and allografts that work*. J Am Dent Assoc, 1995. **126**(4): p. 481-5; quiz 500.
5. Akhlef, Y., et al., *Autotransplantation of teeth to the anterior maxilla: A systematic review of survival and success, aesthetic presentation and patient-reported outcome*. Dent Traumatol, 2018. **34**(1): p. 20-27.
6. Al-Qudah, A.A., et al., *Root and canal morphology of third molar teeth*. Sci Rep, 2023. **13**(1): p. 6901.
7. Olczyk, A., B. Malicka, and K. Skośkiewicz-Malinowska, *Retrospective study of the morphology of third maxillary molars among the population of Lower Silesia based on analysis of cone beam computed tomography*. PLoS One, 2024. **19**(2): p. e0299123.
8. Ng, Y.L., et al., *Root and canal morphology of Burmese maxillary molars*. International Endodontic Journal, 2001. **34**(8): p. 620-630.

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG SÂU RĂNG SỚM CỦA TRẺ 12-71 THÁNG TUỔI TẠI TRƯỜNG MẦM NON VIỆT HƯNG, LONG BIÊN, HÀ NỘI

Phạm Thị Huyền, Phùng Thị Thu Hà²,
Nguyễn Thị Ngọc Anh¹, Nguyễn Thu Huyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng sâu răng sớm ở trẻ 12 – 71 tháng tuổi tại trường mầm non Việt Hưng, Long Biên, Hà Nội. **Đối tượng:** trẻ em ở độ tuổi 12-71 tháng tuổi tại trường mầm non Việt Hưng, Long Biên, Hà Nội từ tháng 02/2024 đến tháng 05/2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ sâu răng của trẻ trong tại đây có tỷ lệ cao (87.8%), tỷ lệ sâu răng giữa nam và nữ lần lượt là 49,4% và 50,6%. Nhóm trẻ 48-59 tháng tuổi cho tỷ lệ mắc sâu răng cao nhất là 36.11%. Các răng hay gặp sâu răng nhất là nhóm răng trước hàm trên và các răng hàm sữa hàm dưới, các răng hàm sữa hàm trên và nhóm răng trước hàm

dưới có tỷ lệ sâu thấp hơn. Tỷ lệ mắc sâu răng ở các mặt giảm dần theo thứ tự sau: mặt ngoài (2.7%), mặt nhai (2.57%), mặt gần (2.56%), mặt xa (1.75%) và mặt trong (1.35%). Kết luận: tỷ lệ sâu răng sớm của trẻ tại Trường mầm non Việt Hưng ở mức cao (87.7%); tỷ lệ nam nữ có sự chênh lệch nhưng không đáng kể. Tỷ lệ sâu tăng dần theo độ tuổi tăng cao ở nhóm trẻ từ 48-59 tháng tuổi và đạt đỉnh ở nhóm trẻ 60-71 tháng tuổi. Vị trí tổn thương thường gặp nhất là răng cửa sữa hàm trên, sau đó đến răng hàm sữa thứ hai. Các bề mặt dễ bị sâu nhất: mặt nhai và mặt ngoài. **Từ khóa:** Răng, sâu răng, sâu răng sớm (ECC).

ABSTRACT

ASSESSMENT OF THE PREVALENCE OF EARLY CHILDHOOD CARIES IN CHILDREN AGED 12–71 MONTHS AT VIET HUNG KINDERGARTEN, LONG BIEN, HA NOI

Objective: To describe the current situation of early childhood caries among children aged 12–71 months at Viet Hung Kindergarten, Long Bien, Hanoi. **Subjects:** Children aged 12–71 months at Viet Hung

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

² Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam Cu Ba

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Huyền

Email: phamhuyen.bsrhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2026

Ngày duyệt bài: 7.4.2026