

y vẫn cho thấy sẹo mi trên thường cải thiện rõ sau khoảng 6 tháng nếu kiểm soát tốt lực căng và kỹ thuật khâu đóng da [7].

Đánh giá sau 3 và 6 tháng cho thấy các triệu chứng như da mi chặm lông mi, sa trể mi và sụp mi đều giảm rõ rệt. Tỷ lệ không còn da mi chặm lông mi tăng từ 94,34% sau 3 tháng lên 98,11% sau 6 tháng; cải thiện sa trể mi tăng từ 49,06% lên 86,79% và sụp mi tăng từ 50,94% lên 88,68%. Kết quả cho thấy phẫu thuật loại bỏ hiệu quả da dư và cải thiện hình thái mi trên, đồng thời giảm các triệu chứng cản trở tầm nhìn. Nghiên cứu của Vasović và cộng sự (2024) cũng ghi nhận phẫu thuật mí mắt giúp cải thiện sự tự tin và chất lượng cuộc sống [8].

Nghiên cứu còn một số hạn chế như cỡ mẫu nhỏ, làm hạn chế tính đại diện và khả năng suy rộng kết quả. Thiết kế tiền cứu mang tính quan sát chưa kiểm soát đầy đủ các yếu tố ngoài phẫu thuật có thể ảnh hưởng đến quá trình liền sẹo và kết quả thẩm mỹ. Thời gian theo dõi 6 tháng chỉ phản ánh giai đoạn sẹo trưởng thành ban đầu, vì vậy cần các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để củng cố bằng chứng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhân thừa da mi tại Việt Nam đến điều trị ở mức độ trung bình đến nặng, thường kèm các triệu chứng như nặng mi và mỏi mi, cho thấy đây không chỉ là vấn đề thẩm mỹ mà còn ảnh hưởng đến chức năng. Cả hai kỹ thuật đường rạch theo nếp mí và dưới cung mày đều đạt hiệu quả thẩm mỹ tốt và an toàn. Chất lượng sẹo cải thiện theo

thời gian và tối ưu sau 6 tháng với sẹo mờ, phẳng; biến chứng sớm hiếm gặp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hollander MH, Contini M, Pott JW, Vissink A, Schepers RH, Jansma J.** Functional outcomes of upper eyelid blepharoplasty: a systematic review. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2019;72(2):294-309.
2. **Hollander MHJ, van der Hoeven JH, Verdonchot KHM, Delli K, Vissink A, Jansma J, et al.** Effects of Upper Blepharoplasty Techniques on Headaches, Eyebrow Position, and Electromyographic Outcomes: A Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(2).
3. **Dertsiz Kozan B.** A New Classification of Dermatochalasis, the Effect of This Classification and Blepharoplasty Surgery on the Visual Field. *Eurasian J Med*. 2025;57(3):1-5.
4. **Avisar I, Norris JH, Selva D, Malhotra R.** Upper-eyelid wick syndrome: association of upper-eyelid dermatochalasis and tearing. *Arch Ophthalmol*. 2012;130(8):1007-12.
5. **Rodrigues C, Carvalho F, Marques M.** Upper Eyelid Blepharoplasty: Surgical Techniques and Results-Systematic Review and Meta-analysis. *Aesthetic Plast Surg*. 2023;47(5):1870-83.
6. **Le Diep Linh, Le Thi Thu Hai.** Assessment of outcomes of upper blepharoplasty in middle-aged women. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*. 2023;18(ta).
7. **Aydemir E, Kiziltoprak H, Aydemir GA.** Comparison of Clinical Outcomes of Upper Eyelid Blepharoplasty Using Two Different Suture Techniques. *Beyoglu Eye J*. 2022;7(1):18-24.
8. **Vasović DD, Karamarković ML, Jovanović M, Stojičić M, Rašić DM, Marjanović I, et al.** Comprehensive evaluation of quality of life following upper eyelid blepharoplasty: a prospective analysis. *Medicina*. 2024;60(3):500.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI ỔNG RĂNG DƯỚI VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI RĂNG HÀM LỚN THỨ 3 HÀM DƯỚI TRÊN PHIM CT CONEBEAM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lã Thu Trang¹, Nguyễn Thị Hồng Quyên²,
Hoàng Việt Hải², Bạc Tiểu Linh¹

TÓM TẮT

¹ Khoa Răng Hàm Mặt - Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

² Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt - Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lã Thu Trang

Email: tranghuy1219@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2026

Ngày duyệt bài: 7.4.2026

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm hình thái ổ răng dưới (ORD) và mối liên quan với răng hàm lớn thứ 3 hàm dưới trên phim CT Conebeam (CTCB) tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên cỡ mẫu gồm 55 phim CTCB của bệnh nhân từ 25 đến 44 tuổi có đủ 2 răng hàm lớn thứ 3 hàm dưới được chụp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 3/2024 - 6/2024 được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và chụp X quang CBCT. Các biến số nghiên cứu gồm giới, hình thái ORD, đường kính ngoài trong của ORD, sự có mặt của ORD chia đôi, phân loại hình thái ORD chia đôi, vị trí lỗ cắm, số

lượng lỗ cằm, vị trí ORD với chân R8 theo Parant. **Kết quả:** trong số 55 phim CTCB có 25 phim CTCB của nữ, thấp hơn nam (54,50%), sự khác biệt giữa 2 giới có ý nghĩa thống kê. Theo Carter và Keen, tỷ lệ hình thái ORD loại I cao nhất chiếm 60,91%. Tỷ lệ hình thái ORD loại III (ORD chia đôi) chiếm 18,18%. Trong đó, loại I và loại II theo phân loại của Langlais và cộng sự bằng nhau và chiếm 35% mỗi loại, loại III là 10% còn loại IV là 20%. Đường kính ORD tương đối bằng nhau ở 2 bên phần hàm. Phổ biến nhất là trường hợp có 1 lỗ cằm, không có trường hợp 3 hoặc 4 lỗ cằm. Vị trí lỗ cằm chủ yếu dưới chân răng hàm nhỏ thứ 2. Tỷ lệ ORD nằm ở trung tâm XHD và cách chóp chân R8 chiếm 61,82%. **Kết luận:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $30,65 \pm 10,63$, sự khác biệt về giới tính trong nghiên cứu có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu, tỷ lệ hình thái ORD loại I chiếm tỷ lệ cao nhất, hay gặp hình thái ORD loại III. Đường kính ORD tương đối bằng nhau ở 2 hàm. Vị trí lỗ cằm chủ yếu ở dưới chân răng hàm nhỏ thứ hai. Tỷ lệ ORD nằm ở trung tâm XHD và cách chóp chân R8 chiếm đa số. **Từ khóa:** ống răng dưới, răng hàm lớn thứ 3 hàm dưới, CTCB.

ABSTRACT

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE MANDIBULAR CANAL AND ITS RELATIONSHIP WITH THE MANDIBULAR THIRD MOLAR ON CONE-BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the morphological characteristics of the mandibular canal (MC) and its relationship with the mandibular third molar on cone-beam computed tomography (CBCT) images at Hanoi Medical University Hospital in 2024. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 55 CBCT images of patients aged 25–44 years who had both mandibular third molars. The CBCT scans were obtained at Hanoi Medical University Hospital from March 2024 to June 2024. Patients underwent history taking, clinical examination, and CBCT imaging. Study variables included sex, MC morphology, buccolingual diameter of the MC, presence of bifid MC, classification of bifid MC morphology, position and number of mental foramina, and the relationship between the MC and the roots of the mandibular third molar according to Parant's classification. **Results:** Among the 55 CBCT images, 25 were from female patients, a lower proportion than males (54.50%), and the difference between sexes was statistically significant. According to Carter and Keen's classification, type I MC morphology was the most common, accounting for 60.91%. Type III MC morphology (bifid mandibular canal) accounted for 18.18%. Based on the classification by Langlais et al., types I and II were equally prevalent, each accounting for 35%, while type III accounted for 10% and type IV for 20%. The MC diameter was relatively similar on both sides of the mandible. The most common finding was a single mental foramen; no cases with three or four mental foramina were observed. The mental foramen was most frequently located below the root of the second

premolar. The proportion of cases in which the MC was centrally located within the mandibular bone and separated from the apex of the mandibular third molar root accounted for 61.82%. **Conclusion:** The mean age of the patients was 30.65 ± 10.63 years, and the sex difference in this study was statistically significant. Type I MC morphology was the most prevalent, and bifid MC (type III) was also commonly observed. The MC diameter was relatively similar on both sides of the mandible. The mental foramen was most commonly located beneath the root of the second premolar. Most cases showed the MC centrally positioned within the mandible and separated from the apex of the mandibular third molar root. **Keywords:** mandibular canal, mandibular third molar, CBCT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giải phẫu hình thái là một môn khoa học cơ sở nền tảng không thể thiếu, hiểu rõ cấu trúc giải phẫu là việc cần thiết cho nghiên cứu và điều trị bệnh đối với các bác sĩ lâm sàng, đặc biệt trong thực hành phẫu thuật. Ống răng dưới (ORD) là nơi chứa bó mạch thần kinh xương ổ dưới với đầu ra ở lỗ cằm, là một cấu trúc sống thường dễ bị xâm phạm khi tiến hành các điều trị can thiệp ở vùng răng sau hàm dưới như cấy ghép răng (implant), phẫu thuật chỉnh hình xương hàm dưới (XHD), phẫu thuật nhổ răng hàm lớn (RHL) thứ 3 hàm dưới, điều trị tuỷ và phẫu thuật vùng chóp răng¹. Vì vậy, việc hiểu rõ cấu trúc giải phẫu của ORD và những cấu trúc liên quan là tất yếu trong việc chẩn đoán để đưa ra kế hoạch điều trị kịp thời, tránh cho các biến chứng có thể xảy ra. Phim chụp cắt lớp vi tính hay Computed Tomography Cone Beam (CTCB) đã giúp chúng ta hình dung rõ hơn giải phẫu của ORD, cho ta thấy được cấu trúc, vị trí ở 3 chiều không gian với các kích thước xác thực của ORD và sự liên quan với RHL thứ 3 hàm dưới. Việc này rất có ích cho ta trong việc chẩn đoán và điều trị. Để góp phần đánh giá toàn diện và nâng cao hiệu quả điều trị cho việc thực hiện thao tác nhổ RHL thứ 3 hàm dưới, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "Nhận xét đặc điểm hình thái ống răng dưới và mối liên quan với răng hàm lớn thứ 3 hàm dưới trên phim CTCB tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng. Đối tượng nghiên cứu là người trưởng thành đủ từ 25 đến 44 có đủ 2 RHL thứ 3 hàm dưới được chụp phim CTCB tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Thấy rõ cấu trúc răng và xương
- Xác định rõ viền ORD từ gai Spix đến lỗ cằm
- Chân răng đóng chóp hoàn toàn

- RHL 2 bên cung hàm không có tổn thương tổ chức cứng
- Không có tổn thương xương hàm gây ảnh hưởng chân răng và ORD

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân dưới 25 tuổi
- Hình ảnh trên phim không rõ ràng, biến dạng
- Các bệnh lý xương răng, xương hàm dưới
- Bệnh nhân đã và đang được chỉnh nha

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: áp dụng cách chọn mẫu thuận tiện, gồm những phim CTCB của bệnh nhân có cả 2 RHL thứ 3 hàm dưới được chụp tại Bệnh viện Đại học Y Hà trong khoảng thời gian nghiên cứu, đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ được đưa vào nghiên cứu

Phương tiện nghiên cứu:

- Phiếu thu thập số liệu nghiên cứu.
- Phim X quang CTCB của bệnh nhân
- Bộ dụng cụ khám nha khoa: khay, gương, gắp, thăm thăm.

Các bước tiến hành thu thập số liệu

- Chụp phim CTCB bằng máy Ray Scan Symphony
- Đọc phim trên máy tính
- Xuất đĩa phim dưới dạng DICOM
- Nhập dữ liệu từ máy tính vào máy tính cá nhân
- Sử dụng phần mềm đọc phim Xelis Dental để phân tích, đo đạc các biến số
- Phân tích phim:

Bước 1: Tái tạo 3D khung hàm dưới, chỉnh lại độ tương phản sang tối.

Bước 2: Chọn cửa sổ cross-sectional

+ Xác định hình thái ORD, ORD chia đôi.

+ Phóng to khu vực lỗ cắm để đến và xác định vị trí lỗ cắm.

Bước 3: Chỉnh trục răng

+ Mặt phẳng coronal: Xác định trục dọc của răng vuông góc với đường thẳng tham chiếu

+ Mặt phẳng sagital: Trục dọc của răng song song với đường thẳng tham chiếu

Bước 4: Xác định mốc giải phẫu trên cửa sổ 3D

Bước 5: Xác định 1 số điểm giải phẫu của răng

Bước 6: Xác định tương quan giữa chóp chân răng với ORD

+ Xác định ORD dưới theo chiều ngang: trên mặt phẳng coronal lấy chóp chân răng làm mốc, xác định vị trí của ORD với chóp chân răng

+ Vị trí ORD theo chiều đứng: trên mặt phẳng coronal qua chóp chân răng, lấy chóp chân răng làm mốc, xác định vị trí của ORD với chóp chân răng.

+ Đo đường kính ORD

✓ Xác định đường viền trong của ORD

✓ Đo đường kính ORD theo chiều đứng.

Bước 7: Ghi vào biểu mẫu kết quả nghiên cứu

2.3. Các biến số nghiên cứu. Các biến số nghiên cứu gồm giới, hình thái ORD, đường kính ngoài trong của ORD, sự có mặt của ORD chia đôi, phân loại hình thái ORD chia đôi, vị trí lỗ cắm, số lượng lỗ cắm, vị trí ORD với chân R8 theo Parant.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê y học trên phần mềm SPSS 21.0. Trình bày bảng, biểu đồ thể hiện các kết quả nghiên cứu.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tiến hành khi được thông qua bởi sự đồng ý của ban giám hiệu trường Đại học Y Hà Nội và ban lãnh đạo Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt. Các bệnh nhân được nghiên cứu hoàn toàn trên tinh thần tự nguyện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong số 55 bệnh nhân có phim CTCB tham gia nghiên cứu thì 25 phim CTCB của nữ, chiếm tỷ lệ 45,5%, thấp hơn nam (30 phim, chiếm tỷ lệ 54,5%), sự khác biệt giữa 2 giới mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2. Đặc điểm X quang

Bảng 3.1: Phân loại hình thái ORD theo Carter và Keen

Cung hàm Hình thái ORD	Trái	Phải	Tổng số
Loại I	32 (58,18%)	35 (63,6%)	67 (60,91%)
Loại II	13 (23,64%)	10 (18,2%)	23 (20,91%)
Loại III	10 (18,2%)	10 (18,2%)	20 (18,18%)
Tổng số	55 (100%)	55 (100%)	110 (100%)
P	0.00	0.00	

Ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu, Tỷ lệ hình thái ORD loại I là cao nhất, chiếm 60,91%, trong đó 58, 18% bên trái và 63,6% bên phải, tỷ lệ hình thái ORD loại II, III lần lượt là 20,91% và 23,64%. Có sự khác biệt về tỷ lệ giữa các loại hình thái ORD ở mỗi bên trái và phải mang ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Bảng 3.2: Đường kính ngoài trong của ORD

Cung hàm		Trái	Phải	p
Vị trí				
Lỗ cắm		3,27 ± 1,008	2,98 ± 0,892	0.051
R5		2,76 ± 1,09	2,9 ± 1,272	0.691
R6	Chân gần	2,87 ± 1,253	3 ± 1,01	0.775
	Chân xa	2,96 ± 0,937	2,75 ± 0,935	0.159
R7	Chân gần	3,25 ± 1,092	3,09 ± 0,928	0.345
	Chân xa	3,38 ± 0,972	3,16 ± 0,918	0.193
Lỗ hàm dưới		7,62 ± 1,497	7,85 ± 1,88	0.288

Đường kính ORD ở vị trí lỗ cắm, và ở vùng tương ứng với các R5, R6, R7 tương đối bằng nhau ở 2 bên phần hàm trái và phải. Ở bên trái, vùng lỗ cắm có đường kính là $3,27 \pm 1,008$, lớn hơn so với bên phải là $2,98 \pm 0,892$, tương tự ở vùng R7, chân gần bên trái là $3,25 \pm 1,092$, bên phải là $3,09 \pm 0,928$, còn bên trái chân xa là $3,38 \pm 0,972$, bên phải là $3,16 \pm 0,918$. Ở vùng R5 và R6 thì đường kính ORD bên trái lại nhỏ hơn bên phải.

Bảng 3.3: Tỷ lệ ORD chia đôi

Cung hàm ORD chia đôi	Trái	Phải	Tổng số
Không có	45 (81,8%)	45 (81,8%)	90 (81,82%)
Có	10 (18,2%)	10 (18,2%)	20 (18,18%)
Tổng số	55 (100%)	55 (100%)	110 (100%)

Trong 110 ORD của 55 phim nghiên cứu chỉ có 20 ORD chia đôi, chiếm 18,18%, còn 90 ORD còn lại là không chia đôi theo phân loại của Carter và Keen. Không có sự khác biệt tỷ lệ về hình thái ORD chia đôi ở 2 phần hàm.

Bảng 3.4: Phân loại hình thái ORD chia đôi theo Langlais

Cung hàm Hình thái ORD chia đôi	Trái	Phải	Tổng số
Loại I	3 (30%)	4 (40%)	7 (35%)
Loại II	4 (40%)	3 (30%)	7 (35%)
Loại III	1 (10%)	1 (10%)	2 (10%)
Loại IV	2 (20%)	2 (20%)	4 (20%)
Tổng số	10 (100%)	10 (100%)	20 (100%)
P	0.572	0.572	

Loại I (có sự xuất hiện của việc ORD chia đôi 1 bên hoặc 2 bên hướng đến vùng R8 gần vị trí R8) là 7 trường hợp, chiếm 35%, loại II (bao gồm ORD chia đôi 1 hoặc 2 bên nhưng đã hợp nhất ở ngành lên XHD) có 7 trường hợp, chiếm 35%, loại III (sự kết hợp của loại I và loại II) có 2, chiếm 10%, loại IV (Hai ống tách nhau lỗ ORD nhưng hợp loại thành 1 ống lớn) có 4, chiếm 20%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ mang ý nghĩa thống kê giữa 2 bên phần hàm với $p > 0.05$.

Bảng 3.5: Vị trí lỗ cắm trên phim CTCB.

Cung hàm Vị trí	Trái	Phải	Tổng số
1	1 (1,8%)	1 (1,8%)	2 (1,82%)
2	4 (7,3%)	3 (5,5%)	7 (6,36%)
3	22 (40%)	20 (36,4%)	42 (38,18%)
4	22 (40%)	24 (43,6%)	46 (41,82%)
5	2 (3,6%)	7 (12,7%)	9 (8,18%)
6	4 (7,3%)	0 (0%)	4 (3,64%)
Tổng số	55 (100%)	55 (100%)	110 (100%)
P	0.00	0.00	

Tỷ lệ lỗ cắm nằm ở dưới R5 là lớn nhất rồi đến vị trí giữa R4-R5. Lỗ cắm tại vị trí dưới R5 chiếm 41,82%, với tỷ lệ bên trái là 40% và 43,6% ở bên phải. Còn tại vị trí giữa R4-R5 thì tỷ lệ lỗ cắm tại vị trí này là 38,18%. Trong đó bên trái chiếm 40% còn bên phải chiếm 36,4%.

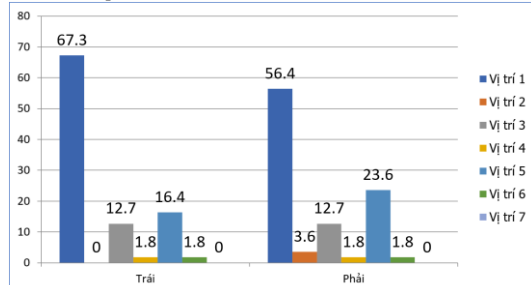
Bảng 3.6: Số lượng lỗ cắm

Cung hàm Số lượng lỗ cắm	Trái	Phải	Tổng số
1	50 (90,9%)	54 (98,2%)	104 (94,55%)
2	5 (9,1%)	1 (1,8%)	6 (5,45%)
3	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
4	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Tổng số	55 (100%)	55 (100%)	110 (100%)
P	0.00	0.00	

Tỷ lệ có 1 lỗ cắm chiếm đa số với 94,55%, trong đó bên trái là 90,9% còn bên phải là 98,2%. Tỷ lệ có 2 lỗ cắm chiếm 5,45% trong đó nằm chủ yếu ở bên trái (chiếm tỷ lệ 9,1%), cao

hơn bên phải chiếm tỷ lệ 1,8%. Không có ghi nhận về trường hợp có 3 và 4 lỗ cắm. Có sự khác biệt về tỷ lệ mang ý nghĩa thống kê về số lượng lỗ cắm tại mỗi cung hàm với $p < 0.05$.

3.3. Đặc điểm ORD với RHL thứ 3 hàm dưới



Biểu đồ 3.1: Vị trí ORD so với chân RHL thứ 3

Tỷ lệ ORD nằm ở trung tâm XHD và cách chóp chân R8 chiếm đa số với 61,82%, trong đó bên trái chiếm 67,3% còn bên phải là 56,4%. Tại vị trí ORD nằm về phía lưỡi so với chân R8 có 2 trường hợp chiếm 1,82% và chỉ ghi nhận được ở bên phải (chiếm 3,6%). Tỷ lệ ORD tại vị trí sát chóp chân R8 chiếm 20% với 23,6% ở bên phải, cao hơn bên trái là 16,4%. Không có ghi nhận trường hợp nào có chân R8 bọc quanh ORD. Kiểm định cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về vị trí ORD so với RHL thứ 3 hàm dưới ($p < 0.05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên phim CTCB của bệnh nhân từ 25-44 tuổi, đây là giai đoạn của thời kỳ trưởng thành. Ở giai đoạn này, hệ xương hàm và các cơ quan chức năng đã bước vào thời kỳ ổn định. Kích thước XHD đã hoàn tất sự tăng trưởng. Do vậy khi thực hiện nghiên cứu trên các đối tượng này sẽ đảm bảo sự chính xác và đồng nhất số đo giữa các bệnh nhân. Hiểu biết về những đặc điểm giải phẫu đặc trưng của ORD ở độ tuổi này sẽ giúp việc điều trị và tiên lượng đạt hiệu quả tốt hơn. Trong 55 bệnh nhân có phim nghiên cứu thì nam có 30 người, chiếm tỷ lệ 54,5%, lớn hơn nữ (25 phim CTCB, chiếm tỷ lệ 45,5%), điều này có thể do nhiều nguyên nhân: nam giới thường nhai khỏe hơn và ý thức giữ gìn vệ sinh răng miệng không tốt bằng nữ, nên họ có nhiều vấn đề về răng miệng hơn.

Theo bảng 3.1, tỷ lệ ORD theo phân loại của Carter và Keen thì loại I chiếm đa số là 60,91%,

tiếp đó là loại II chiếm 20,91% còn loại III có 18,18%. Về sự đối xứng giữa bên trái và bên phải của hàm về hình thái ORD thì không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Hay nói 1 cách khác, trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy có sự đối xứng về hình thái ORD ở 2 bên phần hàm XHD. Điều này hoàn toàn phù hợp với mô tả về giải phẫu là thường có sự đối xứng giữa bên phải và bên trái. Theo tác giả Carter và Keen², hình thái ORD loại I chiếm tỷ lệ cao nhất 75%, loại II và III chiếm 12,5% mỗi loại. Tỷ lệ nghiên cứu của chúng tôi không tương đồng với cả 2 kết quả nghiên cứu của 2 nhóm tác giả trên. Điều này có thể được giải thích bởi cả 2 nghiên cứu trên đều có cỡ mẫu ít: Carter và Keen nghiên cứu 8 XHD không còn Saralaya và cộng sự nghiên cứu trên nửa XHD (gồm 12 nửa phải và 14 nửa trái). Nghiên cứu trên xương khô có những ưu điểm là ta có thể quan sát trực tiếp và dễ dàng đo đạc các cấu trúc, đây là phương pháp đo chính xác nhất mỗi tương quan của ORD với các cấu trúc giải phẫu xung quanh, nhưng nhược điểm của nghiên cứu này là khó thu thập được cỡ mẫu lớn và quá trình cắt lát có thể gây ra những thay đổi không thể hồi phục.

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng CTCB để đánh giá mối liên quan giữa ORD và các chân răng. Đây là phương pháp nghiên cứu không xâm lấn đơn giản, dễ thực hiện nên đã được ứng dụng nhiều trên thế giới. Theo Denio và cộng sự, vị trí ORD được nhìn thấy rõ nhất từ vị trí gai spix cho tới chóp chân RHL thứ 3. Bờ dưới của ống dễ xác định hơn bờ trên, vùng răng hàm nhỏ thứ 2 và RHL thứ nhất là vị trí khó xác định ORD nhất. Khoảng 60% XHD có ORD thực sự, 40% còn lại không tồn tại ORD thực sự, trong trường hợp này các nhánh mạch máu và thần kinh đi theo các khoảng trống trong xương xốp³.

Đường kính ORD tại các vị trí từ bảng 3.2 qua nghiên cứu của chúng tôi như sau: đường kính ORD ở vị trí lỗ cắm, và ở vùng tương ứng với các R5, R6, R7 tương đối bằng nhau ở 2 bên phần hàm trái và phải, sự khác biệt không mang ý nghĩa thống kê. Đường kính ORD tại vị trí lỗ hàm dưới lớn gấp 2 lần đường kính trong xương hàm. Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phim CTCB, là loại phim chụp cắt lớp có thể cắt qua vị trí của các răng chỉ bằng vài thao tác đơn giản trên máy tính.

Bảng 4.1: So sánh các nghiên cứu về đường kính ORD tại các vị trí

Nghiên cứu	Vị trí	Lỗ cắm	R5	R6	R7	Gai spix
Cao Thị Thanh Nhã và cộng sự ¹		3,69 ±1,07	3,37 ±0,89	3,47 ±0,75	3,69 ±0,72	
Đổng Thanh Thiện ⁴		3,62 ±0,81	2,04 ±0,26	2,3 ±0,65	2,32 ±0,23	6,91 ±1,56
Nghiên cứu của chúng tôi		3,14 ±0,89	2,9 ±1,16	2,69 ±1,2	3,21 ±0,91	7,73 ±1,6

Các nghiên cứu trên đều sử dụng phim CTCB để đo đạc đường kính ORD tại các vị trí. Phương pháp này cung cấp đầy đủ thông tin về cấu trúc ORD cũng như sự thay đổi hình thái của nó trong thân XHD. Tác giả Đồng Thanh Thiện nghiên cứu phim CTCB của 110 bệnh nhân (45 nam và 65 nữ), còn tác giả Cao Thị Thanh Nhã nghiên cứu hình ảnh CT XHD của 67 cá thể với 78 nửa phần hàm. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đồng Thanh Thiện. Nghiên cứu của Cao Thị Thanh Nhã và cộng sự lại cho kết quả ORD có đường kính lớn hơn. Tuy nhiên, cả 3 nghiên cứu trên đều chỉ ra sự thu hẹp đường kính ORD ở vị trí R5 và đường kính ORD ở vị trí gai spix lớn hơn đường kính ORD trong thân XHD từ 2-3 lần.

Hình thái ORD chia đôi là loại III trong phân loại của Carter và Keen², đây là loại hình thái có nhiều nhà khoa học tham gia nghiên cứu và báo cáo của một vài ca lâm sàng. Langlais và cộng sự, tác giả của phân loại hình thái ORD chia đôi, tìm thấy 0,95% trường hợp có ORD chia đôi trong số 6000 phim panoramic⁵. Kết quả của chúng tôi không phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trên. Tác giả Langlais đều dùng

phim panoramic trong nghiên cứu của mình. Như vậy, các tác giả đều có cỡ mẫu lớn hơn nghiên cứu của chúng tôi. Các tỷ lệ khác nhau này còn có thể giải thích bởi công cụ nghiên cứu, 3 trong số 4 nghiên cứu trên đều dùng phim panoramic, phim này có nhiều hạn chế như hình ảnh bị phóng đại, sai lệch do tư thế chụp hay kỹ thuật chụp.

Lỗ cằm là nơi kết thúc của ORD và bắt đầu của nhánh cằm, nó đóng 1 vai trò quan trọng trong những thủ thuật phẫu thuật hoặc không phẫu thuật. Lỗ cằm nằm ở mặt ngoài của XHD, những tác động lên vùng này có thể gây tổn thương dây thần kinh cằm tạm thời hoặc vĩnh viễn. Do đó, việc có thể xác định rõ lỗ cằm trên phim XQuang thường quy tạo điều kiện thuận lợi cho các nha sĩ tránh những biến chứng trên. Từ bảng 3.5 và biểu đồ 3.1 rút ra: nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra vị trí lỗ cằm nằm nhiều nhất là dưới chân R5 rồi đến vị trí giữa chân R4-R5 với các tỷ lệ tương ứng là 41,82% và 38,18%. Vị trí giữa R5-R6 là 8,18%, dưới R4 là 6,36%, hai vị trí có tỷ lệ lỗ cằm ít nhất là trước R4 và dưới R6 với tỷ lệ lần lượt là 1,82% và 3,63%. Sau đây là bảng so sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác:

Bảng 4.2. Kết quả các nghiên cứu về vị trí lỗ cằm

Nghiên cứu \ Vị trí	1	2	3	4	5	6
Toullec Thomas⁶	0%	8%	36%	53,34%	1,33%	1,33%
Ngeow và cộng sự⁷	0%	3,42%	19,64%	69,24%	6,82%	0,93%
Nghiên cứu của chúng tôi	1,82%	6,36%	38,18%	41,82%	8,18%	3,63%

Toullec Thomas sử dụng 10 phim CT Scan và 32 phim panoramic cho nghiên cứu của mình còn Ngeow và cộng sự làm cùng phương pháp nghiên cứu với Al Jasper 169 phim panoramic của người Malaysia. Tuy các nghiên cứu khác nhau về cỡ mẫu và phương pháp nhưng đều có tỷ lệ lỗ cằm ở vị trí dưới R5 là gặp nhiều nhất và vị trí trước R4 là ít nhất.

Số lượng lỗ cằm ở các nghiên cứu chiếm đa số là 1 lỗ cằm, nghiên cứu của chúng tôi có 5,45% trường hợp là 2 lỗ cằm từ bảng 3.6. Theo nghiên cứu của Sawyer thì tỷ lệ 2 lỗ cằm được chia ra theo chủng tộc, kết quả như sau: 2,6% ở người Pháp, 1,4% người Mỹ trắng, 5,7% người Mỹ đen, 3,3% người Hy Lạp; 1,5% ở người Nga; 3% ở người Hungary; 9,7% ở người Melanedi và người Ai Cập là 3,6%. Chúng tôi chưa tìm được nghiên cứu nào về tỷ lệ hai lỗ cằm ở người Châu Á cũng như báo cáo về trường hợp có 3 hoặc 4 lỗ cằm.

Chúng tôi chưa tìm được nghiên cứu đầy đủ nào về vị trí của ORD so với chân R8 theo phân loại của Parant mà chỉ có báo cáo về từng

trường hợp riêng biệt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi được từ biểu đồ 3.1 là: Tỷ lệ ORD nằm ở trung tâm XHD và cách chóp chân R8 chiếm đa số với 61,82%, trong đó bên trái chiếm 67,3% còn bên phải là 56,4%. Tại vị trí ORD nằm về phía lưỡi so với chân R8 có 2 trường hợp chiếm 1,82% và chỉ ghi nhận được ở bên phải (chiếm 3,6%). Tỷ lệ ORD nằm sát chân răng về phía tiền đình (chiếm 12,73%) với tỷ lệ bên trái và bên phải bằng nhau là 12,7%. Tại vị trí nằm sát chân răng về phía lưỡi và ORD nằm giữa chân R8 đều chiếm tỷ lệ là 1,82%, trong đó tỷ lệ bên trái và bên phải của 2 vị trí này mỗi bên đều là 1,8%. Tỷ lệ ORD tại vị trí sát chóp chân R8 chiếm 20% với 23,6% ở bên phải, cao hơn bên trái là 16,4%. Không có ghi nhận trường hợp nào có chân R8 bọc quanh ORD. Nên khuyến cáo kiểm tra sớm nếu phát hiện RHL thứ 3 hàm dưới mọc lệch, mọc ngầm để nhổ, tránh các biến chứng có hại. Có một thực trạng chung ở Việt Nam là các bệnh nhân thường có tâm lý sợ nhổ răng này vì theo quan niệm dân gian là sẽ ảnh hưởng đến vấn đề thần kinh.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 30,65 ± 10,63, sự khác biệt về giới tính trong nghiên cứu có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu, tỷ lệ hình thái ORD loại I chiếm tỷ lệ cao nhất, hay gặp hình thái ORD loại III. Đường kính ORD tương đối bằng nhau ở 2 hàm. Vị trí lỗ cắm chủ yếu ở dưới chân răng hàm nhỏ thứ hai. Tỷ lệ ORD nằm ở trung tâm XHD và cách chóp chân R8 chiếm đa số.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Thị Thanh Nhã, Lê Đức Lánh, Phan Ái Hùng (2013). Đặc điểm ống răng dưới vùng răng sau trên hình ảnh MSCT. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, TP. Hồ Chí Minh. Tập 17, phụ bản của số 2, 193-201.
2. Carter RB, Keen EN. (1971) The intramandibular course of the inferior alveolar nerve. *J.Anat.* 108, 3, 433-440.
3. Denio D, Torabinejad M, Bakland LK. (1992) Anatomical relationship of the mandibular canal to its surrounding structures in mature mandibles. *J Endod.* 18, 4, 161-165.
4. Đồng Thanh Thiện (2012). Nhận xét hình thái ống răng dưới theo 3 chiều trong không gian và mối liên quan với các chân răng hàm lớn trên phim CTGB. Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ Răng Hàm Mặt.
5. Wadhvani P, Marthur RM, Kohli M, Sahu R. (2008). Mandibular canal variant: case report. *J Oral Pathol Med.* 37, 122-124.
6. Toullec T. (2010). Le Foramen Mentonnier. These Master I Sciences Biologiques et Medicales unite d'Enseignement optionnel. Université de Nantes, Faculté de Medecine.
7. Sawyer DR, Kiely ML, Pyle MA. (05/1998). The frequency of accessory mental foramina in four ethnic groups. *Arch Oral Biol.* 43, 5, 417-420.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA VIÊN NANG CỨNG THV TRONG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG DẠ DÀY, TÁ TRÀNG THỂ TỖ VỊ HƯ HÀN VÀ CAN KHÍ PHẠM VỊ

Đỗ Quốc Hương¹, Đỗ Đình Tú¹, Đỗ Hải Anh²

TÓM TẮT

Viên nang cứng THV được sản xuất từ bài thuốc Trung hoa vị với thành phần hoàn toàn từ thảo dược, gồm Chè dây, Mộc hương nam, Trần bì, Hoàng bá và Nghệ. Những thảo dược này được sử dụng rộng rãi trong điều trị, trong đó có điều trị hội chứng dạ dày, tá tràng nhưng chỉ được sử dụng riêng rẽ mà chưa có nghiên cứu nào được tiến hành để đánh giá tác dụng của chúng khi phối trộn cùng nhau trong một sản phẩm. **Mục tiêu:** Đánh giá tác dụng của viên nang cứng "THV" trong điều trị hội chứng dạ dày, tá tràng thể tỳ vị hư hàn và can khí phạm vị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu 52 người bệnh mắc hội chứng dạ dày- tá tràng có nhiễm *H. Pylori* với 28 người bệnh mắc thể tỳ vị hư hàn và 24 mắc thể can khí phạm vị. Người bệnh cả 2 nhóm được uống viên nang cứng THV 2 lần mỗi ngày. Trước và sau can thiệp, cả 2 nhóm nghiên cứu và nhóm chứng được xét nghiệm lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng để đánh giá hiệu quả can thiệp. **Kết quả:** Hiệu quả giảm đau đạt mức tốt và trung bình chiếm đa số (92,9% ở thể Tỳ vị hư hàn và 95,8% ở thể Can khí phạm vị). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tốc độ hết đau giữa hai thể bệnh (p

> 0,05). Triệu chứng ợ hơi, ợ chua: Thể Can khí phạm vị cải thiện nhanh hơn ở tuần thứ 2, trong khi thể Tỳ vị hư hàn đạt tỷ lệ cải thiện cao nhất ở tuần thứ 3 (p < 0,05). Tỷ lệ liên seو mức độ "Tốt" đạt 67,8% (Tỳ vị hư hàn) và 70,8% (Can khí phạm vị). Hiệu quả diệt khuẩn *H. pylori* tốt đạt 54,5% ở thể Tỳ vị hư hàn và 65% ở thể Can khí phạm vị (p > 0,05). **Kết luận:** viên nang cứng THV điều trị hiệu quả hội chứng dạ dày, tá tràng trên người bệnh mắc thể tỳ vị hư hàn và can khí phạm vị. **Từ khóa:** viên nang cứng THV, tỳ vị hư hàn, can khí phạm vị

ABSTRACT

EVALUATING THE EFFECTS OF THV HARD CAPSULES IN THE TREATMENT OF GASTRODUODENAL SYNDROME: SPLEEN-STOMACH DEFICIENCY COLD AND LIVER-QI INVADING STOMACH TYPES

THV hard capsules are formulated from the "Trung hoa vị" (Stomach Neutralizing) remedy, consisting entirely of herbal ingredients including *Ampelopsis cantoniensis* (Chè dây), *Saussurea costus* (Mộc hương nam), *Citrus reticulata* (Trần bì), *Phellodendron amurense* (Hoàng bá), and *Curcuma longa* (Nghệ). While these herbs are widely used individually for treating various conditions, including gastroduodenal syndrome, no study has yet evaluated their combined effects within a single product. **Objective:** To evaluate the efficacy of THV hard capsules in treating gastroduodenal syndrome of the "Spleen-Stomach Deficiency Cold" and "Liver-Qi Invading Stomach" types. **Materials and Methods:**

¹ Trường Đại học Y Dược Thái Bình

² Học viện Y-Dược học cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Quốc Hương

Email: huongkh71@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2026

Ngày duyệt bài: 8.4.2026