

11. Libby P., Pasterkamp G., Crea F., et al. (2019). Reassessing the Mechanisms of Acute Coronary Syndromes. *Circ Res*, **124**(1), 150–160.
12. Curzen N., Rana O., Nicholas Z., et al. (2014). Does routine pressure wire assessment influence management strategy at coronary angiography for diagnosis of chest pain?: the RIPCORDER study. *Circ Cardiovasc Interv*, **7**(2), 248–255.
13. van de Hoef T.P., Stegehuis V.E., Madera-Cambero M.I., et al. (2023). Impact of core laboratory assessment on treatment decisions and clinical outcomes using combined fractional flow reserve and coronary flow reserve measurements - DEFINE-FLOW core laboratory sub-study. *Int J Cardiol*, **377**, 9–16.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU THẦN KINH XƯƠNG Ỗ DƯỚI TRÊN HÌNH ẢNH CBCT Ở XƯƠNG HÀM DƯỚI NGƯỜI VIỆT

Phạm Thị Hương Loan*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát hình dạng, đường đi, đường kính và mối tương quan của ống hàm dưới (OHD) với thành ngoài, thành trong và bờ dưới xương hàm dưới tại vùng răng cối lớn trên hình ảnh Cone Beam Computed Tomography (CBCT). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 345 hình ảnh CBCT hàm dưới của bệnh nhân ≥ 18 tuổi đến khám và điều trị tại Khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. OHD được phân loại theo hình dạng đường đi trên mặt phẳng đứng dọc (loại A, B, C) và mặt phẳng ngang (dạng A1, A2). Ghi nhận sự hiện diện ống đôi OHD. Đường kính OHD được đo theo chiều trên dưới và ngoài trong. Các khoảng cách từ OHD đến chóp chân răng, thành ngoài, thành trong và bờ dưới xương hàm dưới được đo tại chóp chân gần và chân xa răng cối lớn thứ nhất (R6) và thứ hai (R7). Phân tích thống kê bằng SPSS 20 với mức ý nghĩa $p < 0,05$. **Kết quả:** Trên mặt phẳng đứng dọc, OHD chủ yếu thuộc loại C (67,10%), tiếp theo là loại B (24,20%) và loại A (8,70%), có sự khác biệt theo giới và theo bên. Trên mặt phẳng ngang, dạng A1 chiếm ưu thế (86,37%). Tỷ lệ hiện diện ống đôi OHD là 5,36%. Đường kính OHD tại vị trí lỗ hàm trung bình $4,48 \pm 0,75$ mm, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo giới và theo bên. Tại vùng răng cối lớn, OHD có xu hướng nằm gần thành trong hơn thành ngoài và nằm thấp hơn khi đi ra sau, đặc biệt tại chân xa R7, là vị trí nguy cơ cao đối với tổn thương thần kinh. **Kết luận:** OHD có sự biến thiên đáng kể về hình dạng và vị trí không gian, trong khi đường kính tương đối ổn định. Đánh giá OHD bằng CBCT, đặc biệt tại vùng răng cối lớn hàm dưới, là cần thiết để lập kế hoạch điều trị chính xác và giảm thiểu nguy cơ biến chứng thần kinh. **Từ khóa:** Ống hàm dưới; Cone Beam Computed Tomography; răng cối lớn; biến thể giải phẫu; Răng Hàm Mặt.

ABSTRACT

ASSESSING ANATOMICAL STRUCTURE OF THE INFERIOR ALVEOLAR NERVE IN CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGES OF VIETNAMESE

Objectives: The mandibular canal contains the inferior alveolar neurovascular bundle and is a critical structure in dental and maxillofacial procedures. This study aimed to evaluate the course, diameter, and three-dimensional spatial relationships of the mandibular canal at the mandibular first and second molar regions using cone beam computed tomography (CBCT). **Materials and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 345 CBCT images of the mandible from patients aged ≥ 18 years at the Faculty of Dentistry, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City. The course of the mandibular canal was classified on the sagittal plane (Types A, B, C) and axial plane (Types A1, A2). The presence of bifid canals was recorded. Canal diameter was measured in superoinferior and buccolingual dimensions. Distances from the canal to the tooth apex, buccal and lingual cortical plates, and inferior border of the mandible were measured at the mesial and distal roots of the first (R6) and second (R7) mandibular molars. Statistical analysis was performed with $p < 0.05$. **Results:** On the sagittal plane, Type C was the most common configuration (67.10%), followed by Type B (24.20%) and Type A (8.70%), with significant differences by sex and side ($p < 0.05$). On the axial plane, Type A1 predominated (86.37%). The prevalence of bifid mandibular canals was 5.36%. The mean canal diameter at the mandibular foramen was 4.48 ± 0.75 mm, with no significant differences by sex or side. In the molar region, the mandibular canal was consistently closer to the lingual cortical plate than to the buccal plate and located closer to the inferior mandibular border at R7 than at R6, with the distal root of R7 representing the highest risk area. **Conclusions:** Despite a relatively stable canal diameter, the mandibular canal shows considerable positional variation, particularly in the second molar region. CBCT is essential for accurate preoperative assessment and for minimizing inferior alveolar nerve injury. **Keywords:** Mandibular canal; Cone beam

* Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hương Loan

Email: phamthuongoan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2026

Ngày duyệt bài: 8.4.2026

computed tomography; Inferior alveolar nerve; Mandibular molars; Anatomical variation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ống hàm dưới (OHD) là một cấu trúc giải phẫu quan trọng của xương hàm dưới (XHD), chứa bó mạch thần kinh xương ổ dưới (TK XOD), chi phối cảm giác và nuôi dưỡng các răng hàm dưới. Các can thiệp như nhổ răng khôn hàm dưới, điều trị nội nha răng cối lớn, cấy ghép implant, phẫu thuật chỉnh hình hay phẫu thuật chỉnh hình hàm dưới đều có nguy cơ gây tổn thương bó mạch TK này nếu không đánh giá chính xác vị trí và đặc điểm giải phẫu của OHD trước can thiệp.

Sự phát triển của Cone Beam Computed Tomography (CBCT) đã cho phép đánh giá chính xác và toàn diện hơn hình thái, đường đi và tương quan của OHD theo cả ba chiều. Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu CBCT về OHD trên thế giới, số lượng nghiên cứu thực hiện trên người Việt, vẫn còn hạn chế. Nghiên cứu này nhằm khảo sát hình dạng, đường đi, đường kính và tương quan của OHD trên hình ảnh CBCT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 345 hình ảnh CBCT hàm dưới của bệnh nhân ≥ 18 tuổi đến

khám và điều trị tại Khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Hình ảnh CBCT hàm dưới rõ nét: BN trên 18 tuổi, đủ răng hoặc không có răng khôn, không có bệnh lý xương hàm dưới, chưa từng phẫu thuật hàm mặt.

Tiêu chuẩn loại trừ: có sang thương, gãy xương, răng mọc ngầm sâu, đang hoặc đã điều trị chỉnh hình, hình ảnh CBCT không đạt hoặc không quan sát được vùng cằm.

Phương tiện và phương pháp nghiên cứu

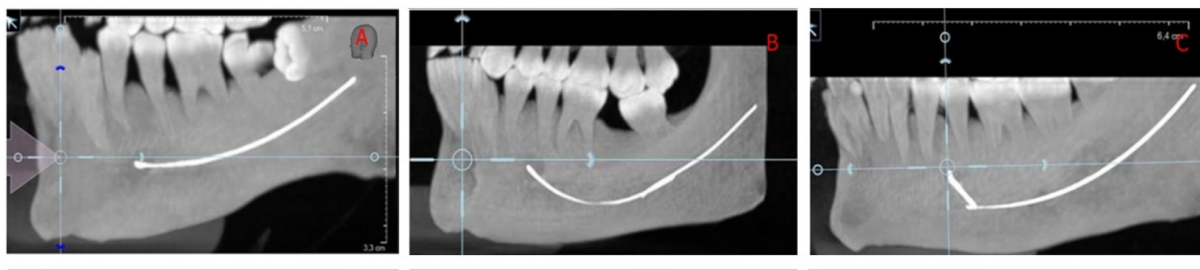
Hình ảnh CBCT được chụp bằng máy Galileos (Sirona, Đức), voxel 0,3 mm. OHD được xác định trên mỗi bên hàm dưới, từ lỗ hàm dưới đến lỗ cằm

- Phân loại đường đi OHD trên mặt phẳng đứng dọc (loại A, B, C) mặt phẳng ngang (dạng A1- góc $\leq 90^\circ$), A2 - góc $> 90^\circ$) theo Ozturk (2012) và Anbiaee (2015). (Hình 1, 2)

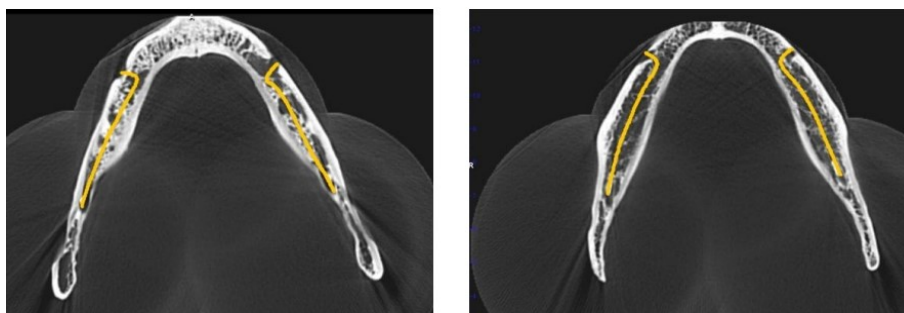
- Ghi nhận sự hiện diện ống đôi OHD: trên đường đi của OHD, ghi nhận sự phân nhánh từ ống chính (Hình 3): khảo sát trên mp đứng dọc, mp thiết diện (Hình 3).

- Đo đường kính OHD theo chiều trên dưới và ngoài trong (Hình 4).

- Đo khoảng cách từ OHD đến chóp chân răng, thành ngoài, thành trong và bờ dưới xương hàm dưới tại chóp chân gần và chân xa R6, R7 (Hình 4).



Hình 1: Phân loại đường đi OHD trên mp đứng dọc

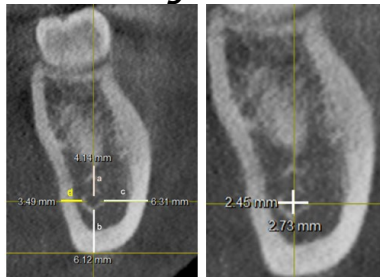


Hình 2: Dạng đường đi của OHD trên mp ngang.

Nguồn: Anbiaee (2015) "Journal of Dentistry (Tehran)"



Hình 3: Khảo sát sự hiện diện ống đôi ống OHD



Hình 4: Đo khoảng cách từ chóp răng đến bờ trên OHD (a), từ thành dưới OHD đến bờ dưới XHD (b), từ thành ngoài OHD đến thành ngoài XHD (c), từ thành trong OHD đến thành trong XHD (d) và đường kính theo chiều trên dưới và ngoài trong

Phân tích và xử lý thống kê

Dùng phần mềm SPSS 20. Độ tin cậy 95% với p=0,05 là khác biệt có ý nghĩa thống kê. Xác định sự khác biệt về số đo giữa hai bên phải, trái: kiểm định t bắt cặp, khác biệt theo giới: kiểm định t độc lập. Kiểm định chính xác Fisher: so sánh các tỉ lệ giữa hai nhóm. Hệ số tương quan Pearson (r) để xác định mức độ tương quan giữa hai biến số.

III. KẾT QUẢ

3.1 Hình dạng đường đi OHD

Bảng 1: Hình dạng OHD theo mp đứng dọc

	n	Loại A	Loại B	Loại C	p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Nam	250	27 (10,8)	60 (24)	163 (65,2)	0,02
Nữ	440	33 (7,5)	107 (24,32)	300 (68,18)	
Bên phải	345	36 (10,43)	80 (23,19)	229 (66,38)	0,03
Bên trái	345	24 (6,96)	87 (25,22)	234 (67,83)	
Chung	690	60 (8,7)	167 (24,20)	463 (67,10)	

Kiểm định chính xác Fisher

Bảng 2: Hình dạng OHD theo mp ngang

	n	Dạng A1	Dạng A2	p
		n (%)	n (%)	
Nam	250	215 (86)	35 (14)	0,0001
Nữ	440	381 (87,27)	59 (13,41)	
	p	0,09		
Bên phải	345	304 (88,12)	41 (11,88)	0,04
Bên trái	345	292 (84,64)	53 (15,36)	
Chung	690	596 (86,37)	94 (13,62)	0,0001

Kiểm định chính xác Fisher

Trên mặt phẳng đứng dọc, OHD chủ yếu thuộc loại C (67,10%), tiếp theo là loại B (24,20%) và loại A (8,70%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo giới và theo bên. Trên mặt phẳng ngang, dạng A1 chiếm ưu thế (86,37%), dạng A2 chiếm tỉ lệ thấp.

3.2 Ống đôi OHD

Bảng 3: Hiện diện ống đôi ống hàm dưới

	Tỉ lệ	Có	Không	p
Nam	n = 250	10 (4%)	240 (96%)	0,07
Nữ	n = 440	27 (6,14%)	413 (93,86%)	
Phải	n = 345	23 (6,67%)	322 (93,33%)	0,04
Trái	n = 345	14 (4,06%)	331 (95,92%)	
Chung	n = 690	37 (5,36%)	653 (94,64%)	0,04

Kiểm định chính xác Fisher

Tỉ lệ hiện diện ống đôi OHD là 5,36%, không khác biệt có ý nghĩa theo giới nhưng có khác biệt theo hai bên phải trái.

3.3 Đường kính OHD, ống đôi OHD

Bảng 4: Đường kính OHD tại vị trí lỗ hàm

Đường kính (mm)		n	Chiều trước sau (TB ± ĐLC) (mm)	p
Giới	Nam	250	4,53 ± 0,79	0,18
	Nữ	440	4,45 ± 0,73	
Phần hàm	Phải	345	4,47 ± 0,69	*0,63
	Trái	345	4,5 ± 0,82	
Chung		690	4,48 ± 0,75	

Kiểm định t độc lập, * Kiểm định t bắt cặp

Bảng 5: Đường kính trung bình OHD tại vị trí chóp răng R6 và R7

Đường kính	Nam	Nữ	P	Phải	Trái	p
R6 chân gần						
Chiều trên dưới	2,41 ± 0,35	2,37 ± 0,93	0,52	2,37 ± 0,33	2,4 ± 1,04	0,70
Chiều ngoài trong	2,1 ± 0,30	2,03 ± 0,3	0,04	2,05 ± 0,29	2,07 ± 0,31	0,42
R6 chân xa						
Chiều trên dưới	2,5 ± 0,36	2,37 ± 0,33	0,001	2,43 ± 0,34	2,41 ± 0,35	0,47
Chiều ngoài trong	2,17 ± 0,29	2,08 ± 0,28	0,001	2,10 ± 0,29	2,12 ± 0,28	0,59
R7 chân gần						
Chiều trên dưới	2,57 ± 0,36	2,46 ± 0,34	0,001	2,52 ± 0,35	2,49 ± 0,35	0,34
Chiều ngoài trong	2,24 ± 0,34	2,18 ± 0,3	0,02	2,2 ± 0,31	2,21 ± 0,33	0,64
R7 chân xa						
Chiều trên dưới	2,59 ± 0,4	2,49 ± 0,37	0,0001	2,55 ± 0,38	2,5 ± 0,38	0,17
Chiều ngoài trong	2,28 ± 0,37	2,18 ± 0,34	0,01	2,24 ± 0,35	2,2 ± 0,35	0,02

Kiểm định t độc lập

Bảng 6: Đường kính ống đôi OHD

Đường kính (mm)	n	Chiều ngoài trong (TB ± ĐLC) (mm)	Chiều trên dưới (TB ± ĐLC) (mm)
Nam	10	1,57 ± 0,54	2,45 ± 1,31
Nữ	27	1,58 ± 0,69	1,58 ± 0,72
p		0,97	0,03
Chung	37	1,57 ± 0,64	1,80 ± 0,97
R7 xa	37	2,29 ± 0,3	2,68 ± 0,44
p*		0,0001	0,0001

Kiểm định t độc lập, * Kiểm định t bắt cặp

Đường kính OHD tại vị trí lỗ hàm trung bình 4,48 ± 0,75 mm, không có sự khác biệt có ý nghĩa theo giới hoặc theo bên.

Tại vùng răng cối lớn, đường kính OHD có xu hướng lớn hơn ở nam và tại chân xa R7, tuy nhiên sự khác biệt hai bên nhìn chung không có

Bảng 7: Khoảng cách từ OHD đến các mốc giải phẫu

Khoảng cách OHD đến	Nam	Nữ	P	Phải	Trái	p
R6 chân gần	n = 250	n = 440		n = 345	n = 345	
Chóp R	7,56 ± 2,31	7,21 ± 2,18	0,048	7,4 ± 2,19	7,28 ± 1,23	0,51
Thành ngoài XHD	7,31 ± 1,31	6,88 ± 1,16	0,0001	7,00 ± 1,25	7,07 ± 1,22	0,48
Thành trong XHD	3,84 ± 0,1	4,06 ± 0,94	0,004	3,96 ± 0,95	4,01 ± 0,98	0,49
Bờ dưới XHD	10,09 ± 1,54	9,01 ± 1,46	0,0001	9,42 ± 1,58	9,38 ± 1,59	0,78
R6 chân xa	n = 250	n = 440		n = 345	n = 345	
Chóp R	7,11 ± 2,29	6,83 ± 2,11	0,11	6,93 ± 2,13	6,94 ± 2,23	0,93
Thành ngoài XHD	8,11 ± 1,35	7,61 ± 1,15	0,0001	7,74 ± 1,24	7,85 ± 1,26	0,28
Thành trong XHD	3,75 ± 0,93	4,05 ± 0,88	0,0001	3,96 ± 0,94	3,92 ± 0,88	0,63
Bờ dưới XHD	10,31 ± 1,54	9,21 ± 1,53	0,0001	9,62 ± 1,59	9,6 ± 1,66	0,83

ý nghĩa thống kê. Đường kính ống đôi OHD theo chiều trên dưới ở nam lớn hơn ở nữ (p < 0,05).

Đường kính chung của ống đôi theo chiều ngoài trong: 1,57 ± 0,64 mm, theo chiều trên dưới: 1,80 ± 0,98 mm. Theo giới, đường kính theo chiều ngoài trong ở nữ tuy lớn hơn nam nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p = 0,97). Theo chiều trên dưới thì đường kính ở nam (2,45 ± 1,31 mm) lớn hơn ở nữ (1,58 ± 0,72 mm) (p = 0,03).

Khi so sánh đường kính ống đôi OHD với đường kính OHD ngay tại chân xa RCL2, đường kính ống đôi OHD nhỏ hơn đường kính OHD cả 2 chiều trên dưới và ngoài trong (p = 0,0001).

3.5 Khoảng cách từ thành OHD đến chóp răng, thành ngoài, thành trong và bờ dưới XHD

Khoảng cách OHD đến	Nam	Nữ	P	Phải	Trái	p
R7 chân gần	n = 215	n = 366		n = 292	n = 289	
Chóp R	5,66 ± 2,29	5,06 ± 2,04	0,01	5,27 ± 2,2	5,3 ± 2,1	0,84
Thành ngoài XHD	8,8 ± 1,41	8,35 ± 1,24	0,0001	8,47 ± 1,33	8,56 ± 1,31	0,45
Thành trong XHD	3,86 ± 0,96	4,24 ± 2,59	0,04	4,04 ± 0,94	4,15 ± 2,89	0,55
Bờ dưới XHD	10,52 ± 1,65	9,7 ± 1,77	0,0001	10,04 ± 1,75	9,97 ± 1,78	0,6
R7 chân xa	n = 250	n = 440		n = 345	n = 345	
Chóp R	5,04 ± 2,14	4,59 ± 1,92	0,005	4,73 ± 2,04	4,77 ± 2	0,82
Thành ngoài XHD	8,85 ± 1,48	8,34 ± 1,3	0,0001	8,5 ± 1,37	8,55 ± 1,41	0,65
Thành trong XHD	4,07 ± 1,12	4,14 ± 0,93	0,36	4,14 ± 1,01	4,09 ± 0,99	0,56
Bờ dưới XHD	10,84 ± 1,94	9,94 ± 1,89	0,0001	10,27 ± 1,96	10,26 ± 1,96	0,92

Kiểm định t độc lập

OHD có xu hướng nằm gần thành trong hơn thành ngoài tại cả R6 và R7. Theo chiều đứng, OHD nằm thấp hơn khi tiến ra sau, với khoảng cách đến bờ dưới xương hàm dưới tại R7 nhỏ hơn so với R6. Chóp chân xa R7 là vị trí có khoảng cách ngắn nhất đến OHD.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Hình dạng và đường đi OHD**

Kết quả nghiên cứu cho thấy hình dạng đường đi OHD trên mặt phẳng đứng dọc chủ yếu là loại C (67,10%), tiếp theo là loại B (24,20%) và loại A (8,70%). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu đều ghi nhận dạng cong hoặc dạng đi xuống, sau đó đi lên về phía lỗ cằm là hình thái thường gặp nhất của OHD [1,5,8]. Sự tương đồng này cho thấy xu hướng hình thái OHD có tính ổn định tương đối giữa các chủng tộc.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai bên phải và trái ($p = 0,03$) cho thấy OHD không hoàn toàn đối xứng hai bên. Đây là yếu tố có ý nghĩa lâm sàng quan trọng, đặc biệt khi chỉ dựa vào một bên làm tham chiếu trong phẫu thuật. Theo giới, nữ có tỉ lệ OHD loại C cao hơn nam ($p = 0,02$). Phù hợp với một số nghiên cứu trước đó cho rằng sự khác biệt về hình thái xương hàm và độ dày xương vỏ giữa hai giới có thể ảnh hưởng đến vị trí và đường đi của OHD [1,8].

Trên mặt phẳng ngang, dạng A1 (góc nhọn $\leq 90^\circ$) chiếm ưu thế (86,37%), trong khi dạng A2 chiếm tỉ lệ thấp. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu CBCT, cho thấy đa số OHD có đường cong đáng kể trong mặt phẳng ngang. Đặc điểm này có ý nghĩa lâm sàng, bởi việc nhận diện đúng hướng đi ngang của OHD giúp giảm nguy cơ chấn thương TK trong các phẫu thuật vùng hàm dưới. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai bên cho thấy OHD bên trái có xu hướng xuất hiện dạng A2 nhiều hơn, có thể liên quan đến bất đối xứng chức năng nhai hoặc sự khác biệt phát triển hình thái XHD giữa hai bên [1, 3, 8].

4.2. Biến thể ống đôi OHD

Tỉ lệ hiện diện ống đôi OHD (5,36%) trong nghiên cứu nằm trong khoảng được báo cáo trong y văn (0,8–8%) [2,4,6]. Mặc dù là biến thể giải phẫu ít gặp, ống đôi OHD có ý nghĩa lâm sàng đáng kể, đặc biệt trong gây tê vùng cằm, nhờ rằng khôn hàm dưới và cấy ghép implant. Nếu không được phát hiện trước phẫu thuật, biến thể này có thể dẫn đến thất bại gây tê hoặc tổn thương TK. Kết quả nghiên cứu tiếp tục khẳng định vai trò quan trọng của CBCT trong việc phát hiện các biến thể giải phẫu mà phim X quang hai chiều thường bỏ sót.

4.3. Đường kính OHD

Đường kính OHD tại vị trí lỗ hàm là $4,48 \pm 0,75$ mm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo giới hoặc theo bên. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu CBCT gần đây, cho thấy đường kính OHD tương đối ổn định ở người trưởng thành, mặc dù vị trí và đường đi của ống có thể thay đổi đáng kể [2, 3, 7].

Tại vùng răng cối lớn (R6 và R7), đường kính OHD nhìn chung ổn định, sự khác biệt giới tính chỉ thể hiện ở một số vị trí cụ thể, đặc biệt tại chân xa R7. Tuy nhiên, xét tổng thể, đường kính OHD không phải là yếu tố chính quyết định nguy cơ tổn thương thần kinh. Thay vào đó, nguy cơ này phụ thuộc nhiều hơn vào tương quan giữa OHD và các cấu trúc xương lân cận.

4.4 Tương quan OHD tại vùng răng cối lớn

Kết quả nghiên cứu cho thấy OHD tại cả R6 và R7 nằm gần thành trong XHD hơn so với thành ngoài, đặc biệt tại chóp chân xa R7. Kết quả này phù hợp với các mô tả giải phẫu và nghiên cứu CBCT trước đây: OHD thường lệch về phía trong ở vùng răng cối và hướng ra phía ngoài khi tiến về lỗ cằm. Khoảng cách ngắn giữa OHD và thành trong cho thấy: thành ngoài là vị trí cho xương hiệu quả và an toàn trong PT ghép xương, PT chỉnh hàm XHD nhưng làm tăng nguy cơ tổn thương TK khi can thiệp phía trong hoặc khi thao tác sâu theo chiều ngoài trong.

Theo chiều đứng, OHD có xu hướng nằm thấp hơn khi đi ra sau, với khoảng cách đến bờ dưới XHD tại R7 nhỏ hơn so với R6. Đặc điểm này có ý nghĩa lâm sàng quan trọng trong các PT cắt XHD, đặt implant hoặc lấy xương ghép vùng cành ngang. Sự kết hợp giữa vị trí thấp và sự gần kề thành trong khiến vùng chân xa R7 trở thành vùng nguy cơ tổn thương TK XOD cao nhất.

So sánh giữa chóp chân gần và chân xa, nghiên cứu cho thấy chóp chân xa, đặc biệt tại R7, thường nằm gần OHD hơn, có thể do hình thái chân răng và hướng đi giải phẫu của OHD khi tiến ra sau. Phát hiện này nhấn mạnh sự cần thiết phải đánh giá CBCT chi tiết trước các thủ thuật nội nha, nhổ răng và phẫu thuật quanh chóp tại vùng răng cối lớn thứ hai.

V. KẾT LUẬN

Ổng hàm dưới có sự biến thiên đáng kể về hình dạng và vị trí theo 3 chiều, trong khi đường kính tương đối ổn định. Tại vùng răng cối lớn, đặc biệt là chân xa R7, OHD có xu hướng nằm gần thành trong và bờ dưới XHD, làm tăng nguy cơ tổn thương TK trong các can thiệp lâm sàng. Đánh giá OHD bằng CBCT là cần thiết để lập kế hoạch điều trị chính xác, cá nhân hóa và giảm biến chứng trong thực hành Răng Hàm Mặt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Anbiace N, Eslami F, Bagherpour A:** Relationship of the Gonial Angle and Inferior Alveolar Canal Course Using Cone Beam Computed Tomography. *J Dent (Tehran)* 2015, 12(10):756-763. Anbiaee (2015)
- Chanda S, et al.** Anatomical variations of the mandibular canal using cone-beam computed tomography: retrospective study. *Anat Variations* 2021
- Guzmán J, Abarca J, Navarro P, et al.** Morphometric analysis of the mandibular canal and its anatomical variants in a Chilean subpopulation: a CBCT study. *Diagnostics* 2024.
- Nithya J, et al.** Assessing prevalence and morphological characteristics of bifid mandibular canal by CBCT. *Clin Imaging Sci* 2020.
- Ozturk, Potluri, Vieira (2012)** Position and course of the mandibular canal in skulls. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiol.* 113(4):453-458.
- Samieirad S, et al.** Prevalence of bifid mandibular canal: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Diagn Res* 2023.
- Shnawa MS.** Morphological and dimensional measurements of human mandibular canal using CBCT technique. *Tinnitus J* 2024.
- Valenzuela-Fuenzalida JJ, Cariseo C, Gold M, et al.** Anatomical variations of the mandibular canal and their clinical implications: a literature review. *Surg Radiol Anat* 2021.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA CHỈ SỐ TRIGLYCERID – GLUCOSE VỚI MỨC ĐỘ NẶNG CỦA TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH TRÊN BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH CẤP

Trần Nguyễn Phương Hải¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc đánh giá mức độ nặng của tổn thương mạch vành là yếu tố then chốt trong việc định hướng chiến lược điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân. Chỉ số Triglycerid – glucose (TyG) đóng vai trò là một dấu ấn mới và đơn giản cho tình trạng đề kháng insulin và có mối liên hệ mật thiết với cơ chế bệnh sinh của xơ vữa động mạch cũng như độ phức tạp của các tổn thương mạch vành. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả mối liên quan giữa chỉ số Triglycerid – glucose và mức độ nặng của tổn thương động mạch vành trên bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp. **Phương pháp nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả phân

tích trên 369 bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp được chụp mạch vành tại khoa Tim mạch can thiệp, bệnh viện Chợ Rẫy từ 09/2024 đến 05/2025. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình của 369 bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp là $69,0 \pm 9,0$ tuổi, nam giới chiếm 66,7%; nhồi máu cơ tim ST chênh lên chiếm 42,8%, không ST chênh lên 46,1% và cơn đau thắt ngực không ổn định 11,1%. Tuổi, chỉ số khối cơ thể, tiền căn đái tháo đường típ 2 và rối loạn lipid máu khác biệt có ý nghĩa giữa các phân nhóm chỉ số TyG. Các thông số lipid (cholesterol toàn phần, LDL-C, triglycerid, non-HDL-C và tỉ số non-HDL/HDL) cũng khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm TyG. Nhóm TyG cao có xu hướng tổn thương nhiều nhánh mạch vành và tắc hoàn toàn cao hơn ($p < 0,005$). Điểm Gensini tăng dần theo các phân nhóm TyG ($p < 0,001$) và chỉ số TyG tương quan thuận mức độ thấp nhưng có ý nghĩa thống kê với điểm Gensini ($r = 0,27$). **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp, điểm Gensini cao hơn đáng kể ở nhóm có chỉ số TyG cao so với nhóm có chỉ số TyG

¹ Khoa Tim Mạch Can Thiệp, Bệnh viện Chợ Rẫy
Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Phương Hải
Email: tnphuonghaibvcr@gmail.com
Ngày nhận bài: 12.2.2026
Ngày phản biện khoa học: 19.3.2026
Ngày duyệt bài: 9.4.2026