

chiếm tỉ lệ thấp. Nguyên nhân phần lớn do lo sợ bị kỳ thị và phân biệt đối xử. Tại Việt Nam, kỳ thị và phân biệt đối xử là rào cản lớn trong việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc và điều trị trên người nhiễm HIV, đồng thời làm gia tăng và trầm trọng hơn tình trạng trầm cảm của bệnh nhân, dẫn đến suy giảm đáp ứng điều trị ARV [8]. Các can thiệp cộng đồng và ngay cả trong hệ thống y tế cần được thúc đẩy nhằm giảm thiểu tình trạng này, trong đó cần tăng cường sự tham gia của các tổ chức xã hội dân sự, hội, nhóm - khi đây là các kênh truyền thông gần gũi và đem lại hiệu quả cao trên nhóm MSM.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ trung bình các người bệnh MSM nhiễm HIV có trầm cảm tại Trung tâm Bệnh Nhiệt Đới, Bệnh viện Bạch Mai. Điều này gợi ý lồng ghép liệu pháp tâm lý và chăm sóc sức khỏe tâm thần là cần thiết để cải thiện sức khỏe của đối tượng MSM nhiễm HIV/AIDS. Các nghiên cứu sâu hơn cần được thực hiện để đánh giá mối liên quan giữa trầm cảm và kết quả điều trị trên bệnh nhân HIV/AIDS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195**

2. **countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.** Lancet, 2018. 392(10159): p. 1789-1858.
3. **Ciesla, J.A. and J.E. Roberts,** Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. Am J Psychiatry, 2001. 158(5): p. 725-30.
4. **Hartzell, J.D., I.E. Janke, and A.C. Weintrob,** Impact of depression on HIV outcomes in the HAART era. J Antimicrob Chemother, 2008. 62(2): p. 246-55.
5. **VAAC,** Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2017 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2018. 2017.
6. **Tran, B.X., et al.,** Depression and Quality of Life among Patients Living with HIV/AIDS in the Era of Universal Treatment Access in Vietnam. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2018. 15(12): p. 2888.
7. **Thai, T.T., et al.,** Symptoms of Depression in People Living with HIV in Ho Chi Minh City, Vietnam: Prevalence and Associated Factors. AIDS and behavior, 2018. 22(Suppl 1): p. 76-84.
8. **Kim, M.H., et al.,** Prevalence of depression and validation of the Beck Depression Inventory-II and the Children's Depression Inventory-Short amongst HIV-positive adolescents in Malawi. Journal of the International AIDS Society, 2014. 17(1): p. 18965-18965.
9. **Tao, J., et al.,** Relationship of Stigma and Depression Among Newly HIV-Diagnosed Chinese Men Who Have Sex with Men. AIDS and behavior, 2017. 21(1): p. 292-299.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI MỘC LỆCH THEO PARANT II-III

Nguyễn Mạnh Phú¹, Nguyễn Thị Phương Thảo²,
Đinh Thị Thái¹, Đỗ Hoàng Việt¹, Nguyễn An Nghĩa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân có răng khôn lệch ngầm có chỉ định nhổ răng phẫu thuật theo phân loại Parant II- III tối khám và điều trị tại trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng hàm mặt - trường Đại học Y Hà Nội năm 2021. **Phương pháp nghiên cứu:** 64 bệnh nhân đến nhổ răng khôn theo phân loại Parant II và III tại Trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt nhà A7 – Trường Đại học Y Hà Nội được hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng và chụp xquang Panorama. Các biến số nghiên cứu gồm tuổi-giới; tư

thể răng khôn hàm dưới (RKHD); vị trí độ sâu của RKHD so với răng hàm lớn thứ 2; tương quan RKHD với khoảng rộng xương hàm. **Kết quả nghiên cứu:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 26.98 ± 7.88 và không có sự khác biệt về giới tính. Tỷ lệ răng khôn hàm dưới mọc lệch gần chiếm tỉ lệ cao nhất: 76.6%. Trong đó các răng lệch gần từ 45-70 độ chiếm tỉ lệ nhiều nhất: 35.9%. Khoảng cách giữa phía xa răng 7 đến bờ trước cảnh lên lớn hơn hoặc bằng kích thước gần xa thân răng 8 chiếm tỉ lệ nhiều nhất: 70.3%. Điểm cao nhất thân răng 8 cao hơn hoặc bằng mặt nhai răng 7 chiếm tỉ lệ nhiều nhất: 53.1%. **Kết luận:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 26.98 ± 7.88 và nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam. Răng khôn hàm dưới theo phân loại Parant II-III chủ yếu lệch gần, có điểm cao nhất ngang mức hoặc cao hơn so với mặt nhai răng hàm lớn thứ 2 bên cạnh, khoảng cách giữa phía xa răng 7 đến bờ trước cảnh lên lớn hơn hoặc bằng kích thước gần xa thân răng.

Từ khóa: Răng khôn hàm dưới, Parant II, Parant III.

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Răng Hàm mặt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Phú

Email: manhpheu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 7.4.2023

SUMMARY

**CLINICAL AND PARA CLINICAL
CHARACTERISTICS OF DEVIATED
MANDIBULAR WISDOM TEETH
ACCORDING TO PARANT II**

Objective: Description of clinical and paraclinical characteristics of patients with wisdom teeth that are implicitly misaligned and indicated for surgical tooth extraction according to the classification of Parant II-III who come for examination and treatment at OSRCAST, School of Dentistry, Hanoi Medical University in 2021. **Method:** 64 patients who came to have wisdom teeth extraction according to Parant II and III classifications at the OSRCAST, School of Dentistry, Hanoi Medical University were asked about their illness, clinical examination and Panorama x-ray. Research variables include age-gender; mandibular wisdom tooth position (RKHD); position of depth of RKHD relative to 2nd molars; RKHD correlation with jaw bone width. **Results:** The mean age of patients was 26.98 ± 7.88 and there was no gender difference. The rate of wisdom teeth in the lower jaw was misaligned, accounting for the highest rate: 76.6%. In which, the proximal teeth deviated from 45-70 degrees accounted for the most proportion: 35.9%. The distance between the distal side of tooth 7 to the anterior margin of the ascending branch was greater than or equal to the size of the mesial and distal crown of the crown 8 accounting for the most proportion: 70.3%. The highest score of crown 8 is higher or equal to the chewing surface of tooth 7, accounting for the most percentage: 53.1%. **Conclusion:** The average age of the patients was 26.98 ± 7.88 and female accounted for a higher proportion than male. The lower wisdom teeth according to the Parant II-III classification are mainly deviated near, with the highest point equal to or higher than the chewing surface of the next 2nd molars, the distance between the distal side of the 7th tooth to the anterior edge of the ascending branch is large. greater than or equal to the proximal and distal size of the crown. **Keywords:** Lower wisdom teeth, Parant II, Parant III.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam, bệnh nhân có răng khôn mọc lệch ngầm chiếm tỉ lệ cao. Chỉ định nhổ răng bằng phương pháp phẫu thuật trên những bệnh nhân này được áp dụng rộng rãi, đặc biệt với những trường hợp răng khôn lệch ngầm có biến chứng. Việc thực hiện đòi hỏi kiến thức về giải phẫu, phẫu thuật, yếu tố toàn thân và kỹ năng sử dụng trang thiết bị. Việc này đòi hỏi phải có những nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của răng khôn hàm dưới để hỗ trợ cho việc tiên lượng và kế hoạch điều trị trước khi tiến hành nhổ răng phẫu thuật. Chính xuất phát từ vấn đề trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân có răng khôn lệch ngầm*

có chỉ định nhổ răng phẫu thuật theo phân loại Parant II- III tới khám và điều trị tại trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng hàm mặt - trường Đại học Y Hà Nội năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân đến nhổ răng khôn theo phân loại Parant II và III tại Trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh nhà A7- Trường Đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân có răng khôn mọc lệch theo phân loại Parant II và III
- Bệnh nhân không có các viêm nhiễm cấp tính toàn thân hoặc tại chỗ
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có các bệnh lý toàn thân trầm trọng kèm theo như: rối loạn đông máu, suy giảm miễn dịch, ung thư, huyết áp cao không kiểm soát, tiêu đường.
- Bệnh nhân có bệnh toàn thân chưa được điều trị ổn định.
- Bệnh nhân đang có viêm nhiễm cấp tính toàn thân, tại vùng răng hàm mặt
- Bệnh nhân là phụ nữ mang thai, đang thời kỳ kinh nguyệt
- Bệnh nhân không có trạng thái sức khỏe tinh thần ổn định để trả lời câu hỏi và hợp tác trong quá trình nghiên cứu.
- Bệnh nhân mắc HIV giai đoạn cuối hoặc Leucose cấp.
- Bệnh nhân tim mạch đang dùng thuốc chống đông.

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, tất cả các bệnh nhân đến nhổ răng khôn theo phân loại Parant II và III tại Trung tâm kỹ thuật cao nhà A7 – Trường Đại học Y Hà Nội trong khoảng thời gian nghiên cứu, đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ thì được đưa vào nghiên cứu.

Phương tiện nghiên cứu:

- Phiếu thu thập số liệu (bệnh án)
- Phim xquang Panorama
- Bộ khay khám nha khoa
- Ghế máy răng

Các bước tiến thu thập số liệu

* Thu thập thông tin về

- Tên, tuổi, giới, địa chỉ
- Lý do đến khám: đau, sưng, dự phòng, các nguyên nhân khác

- Bệnh sử, tiền sử
- Phân loại răng 8 hàm dưới theo Parant.
- * Trên phim panorama:

- Xác định khoảng cách từ mặt xa răng 7 đến bờ trước vành cao XHD: đặt thước song song với mặt phẳng khớp cắn hàm dưới, xác định khoảng cách ngắn nhất giữa mặt xa răng 7 và bờ trước vành cao xương hàm dưới (mm)

- Xác định chiều rộng gần – xa của thân răng 8: xác định khoảng cách giữa 2 điểm lồi nhất của thân RKHD phía gần và phía xa (mm)

- Xác định góc giữa trục răng 8 so với trục răng 7: dùng bút vẽ lại trục của răng 8 và răng 7, sau đó dùng eke xác định góc giữa 2 trục này.

2.3. Các biến số nghiên cứu. Các biến số nghiên cứu gồm tuổi-giới; tư thế răng khôn hàm dưới (RKHD); vị trí độ sâu của RKHD so với răng hàm lớn thứ 2; tương quan RKHD với khoảng rộng xương hàm.

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 20.0. Trình bày bảng, biểu đồ thể hiện các kết quả nghiên cứu.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Đảm bảo quyền riêng tư của đối tượng nghiên cứu, thông tin thu thập được sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu và giúp cho công tác dự phòng, điều trị kết quả tốt hơn.

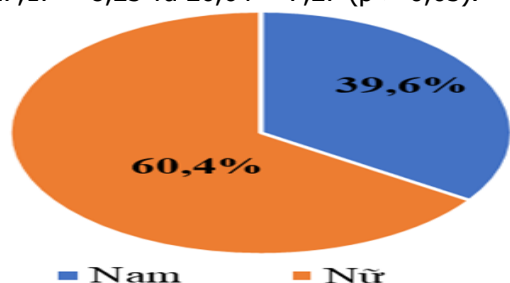
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 64 bệnh nhân đến nhổ răng khôn theo phân loại Parant II và III tại Trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt nhà A7 – Trường Đại học Y Hà Nội.

Bảng 1. Tỷ lệ bệnh nhân theo nhóm tuổi

Tuổi	Nam	Nữ	Chung
X ± SD	26,64±7,27	27,17±8,25	26,98±7,88
n	22	42	64

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 26,98, trong đó thấp nhất là 19 tuổi và cao nhất là 49 tuổi. Tuổi trung bình của bệnh nhân nữ có xu hướng cao hơn của bệnh nhân nam, lần lượt là 27,17 ± 8,25 và 26,64 ± 7,27 (p > 0,05).



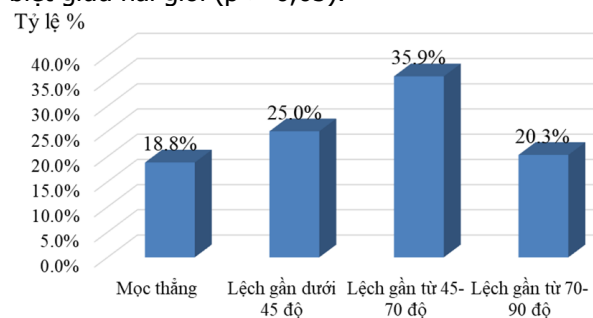
Biểu đồ 1. Giới tính của đối tượng nghiên cứu (n = 48)

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nữ giới chiếm đa số (60,4%). Tỷ lệ nữ/nam là: 1,5.

Bảng 2. Đặc điểm về tư thế răng khôn (n = 64)

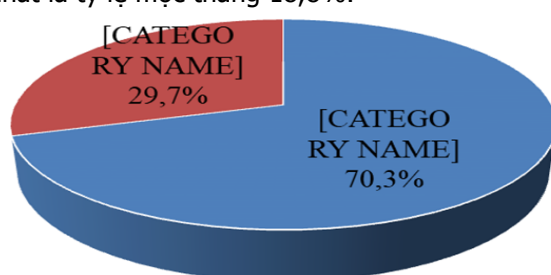
Giới	Tư thế	Lệch gần	Lệch xa	Mọc thẳng	Mọc ngầm	Tổng
Nam		16	0	3	3	22
		72.7%	0.0%	13.6%	13.6%	100.0%
Nữ		33	1	7	1	42
		78.6%	2.4%	16.7%	2.4%	100.0%
Tổng		49	1	10	4	64
		76.6%	1.6%	15.6%	6.3%	100.0%
p		0.345				

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tư thế mọc lệch gần của răng khôn hàm dưới chiếm tỷ lệ cao nhất (76,6%), thấp nhất là tư thế mọc lệch xa chiếm 1,6% và không có sự khác biệt giữa hai giới (p > 0,05).



Biểu đồ 2. Phân bố về độ lệch gần của RKHD (n = 64)

Nhận xét: Tỷ lệ răng khôn lệch gần từ 45-70 độ chiếm tỷ lệ cao nhất là 35,9 % và thấp nhất là tỷ lệ mọc thẳng 18,8%.



Biểu đồ 3. Phân bố về khoảng cách giữa phía xa răng 7 đến bờ trước vành lên xương hàm dưới so với kích thước gần xa của thân răng 8 (n = 64)

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận bệnh nhân có khoảng cách giữa phía xa răng 7 đến bờ trước vành lên lớn hơn hoặc bằng kích thước gần xa răng số 8 cao hơn gấp hơn 2 lần so với nhóm có khoảng cách giữa phía xa răng 7 đến bờ trước vành lên nhỏ hơn kích thước gần xa răng 8

Bảng 3. Độ sâu của răng khôn hàm dưới so với điểm cao nhất của thân răng 7

Điểm cao nhất thân răng R7 / Tuổi	Cao hơn/bằng mặt nhai R7	Giữa mặt nhai và đường vòng lớn nhất R7	Dưới đường vòng lớn nhất R7	Tổng
< 18	1	0	5	6
	16,7%	0,0%	83,3%	100,0%
18- 24	12	4	5	21
	57,1%	19,0%	23,8%	100,0%
25-30	10	8	2	20
	50,0%	40,0%	10,0%	100,0%
>30	11	4	2	17
	64,7%	23,5%	11,8%	100,0%
Tổng	34	16	14	64
	53,1%	25,0%	21,9%	100,0%

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận bệnh nhân có điểm cao nhất thân răng khôn cao hơn hoặc bằng mặt nhai răng 7 chiếm tỉ lệ cao nhất là 53,1%, gấp hai lần so với hai vị trí còn lại là giữa mặt nhai và đường vòng lớn nhất răng 7 và dưới đường vòng lớn nhất răng 7 lần lượt chiếm 25,0% và 21,9%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, độ tuổi trung bình là 27 ± 8 , trong đó độ tuổi của nữ là $27,2 \pm 8,3$ và của nam là $26,6 \pm 7,3$. Răng khôn hàm dưới nên được nhổ ở độ tuổi 18-30 tuổi vì lúc này khoảng quanh răng còn rộng, tình trạng sức khỏe tốt, chân răng người trẻ tuổi chưa phát triển hoàn toàn, thuận lợi cho sự lành thương. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp trong lứa tuổi này. Độ tuổi này trẻ hơn so với nghiên cứu trước đây của Khiếu Thanh Tùng (2017) [1], có thể do thời gian nghiên cứu khác nhau; tỷ lệ này ngày càng tăng lên do các yếu tố kinh tế, xã hội.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ cao hơn 60,4%. Có thể do sự quan tâm đến vấn đề nhổ răng 8 sớm ở nữ giới ngày càng tăng, đặc biệt là nhóm trong độ tuổi 20-35 tuổi, (đây là giai đoạn mang thai tốt nhất ở nữ giới). Khám và loại trừ các vấn đề về sức khỏe răng miệng trước mang thai đang ngày càng được nữ giới quan tâm. Sự khác biệt này không có ý nghĩa vì nghiên cứu của tôi không đại diện cho một quần thể mà chỉ lựa chọn các đối tượng có răng khôn hàm dưới mọc theo Parant II, III của các bệnh nhân đến nhổ răng tại Trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt – Viện đào tạo Răng Hàm Mặt.

Trong nghiên cứu này, răng khôn mọc lệch gần chiếm số lượng nhiều nhất, chiếm 76.6%, còn lại là các trường hợp răng khôn mọc thẳng chiếm 15.6%, lệch xa chiếm 1.6%. mọc ngầm chiếm 6.3%. Tỷ lệ lệch gần bao giờ cũng cao nhất do quá trình mọc RKHD chung thường liên bào với R6, R7, hai răng này mọc trước kéo theo sự di chuyển của thường liên bào này ra phía trước trong khi khoảng mọc RKHD thường bị thiếu do 2 răng này chiếm chỗ. Kết quả này là phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả Khiếu Thanh Tùng [1], Lê Ngọc Thanh [2].

Vị trí răng khôn đóng vai trò quan trọng trong phẫu thuật, vị trí càng thấp thì càng khó phẫu thuật do phải mở xương nhiều, vùng phẫu thuật hẹp và bị răng số 7 cản trở nhiều. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm cao nhất thân răng khôn cao hơn hoặc bằng mặt nhai răng 7 chiếm tỉ lệ cao nhất là 53.1%, sau đó là giữa mặt nhai và đường vòng lớn nhất chiếm 25%, thấp nhất là điểm cao nhất của thân răng khôn nằm ở dưới đường vòng lớn nhất răng 7 là 21.9%. Kết quả này là phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả Khiếu Thanh Tùng [1] nhưng khác với tác giả Lê Bá Anh Đức (2014) [3] do tác giả chủ đích thực hiện các phẫu thuật răng khôn khó và thực hiện dưới phòng gây mê.

Tương quan giữa độ rộng phía sau răng 7 so với kích thước gần xa của răng 8 hàm dưới là một tiêu chí quan trọng đánh giá mức độ kẹt của răng khôn hàm dưới cũng như tiên lượng về độ khó và lập kế hoạch nhổ phẫu thuật răng khôn hàm dưới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khoảng cách giữa phía xa răng 7 đến bờ trước cành lên lớn hơn hoặc bằng kích thước gần xa răng số 8 chiếm số lượng lớn hơn (45 răng) là 70.3%. Tỷ lệ này là phù hợp đối với nghiên cứu được thực hiện tại phòng phẫu thuật trong miệng và không chủ đích chọn các răng khôn hàm dưới khó như nghiên cứu của Khiếu Thanh Tùng [1] (25 %) hay nghiên cứu được thực hiện trong phòng gây mê của Lê Bá Anh Đức (2014) [3].

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 27 ± 8 .

Số bệnh nhân nữ đi nhổ răng khôn theo phân loại Parant II cao hơn so với nam

Tỷ lệ răng mọc lệch gần là chiếm tỷ lệ cao nhất

Điểm cao nhất thân răng 8 cao hơn hoặc bằng mặt nhai răng 7 chiếm tỷ lệ nhiều nhất.

Khoảng cách giữa phía xa răng 7 đến bờ trước cành lên lớn hơn hoặc bằng kích thước gần xa thân răng 8 chiếm tỷ lệ nhiều nhất.

VI. KIẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu này cho thấy đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của răng khôn hàm dưới khá đa dạng, cần được đánh giá kỹ trước khi tiến hành nhổ răng phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khiếu Thanh Tùng** (2017). Hiệu quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm theo Parant II có sử dụng máy siêu âm Piezotome. BSNT RHM Trường Đại học Y Hà Nội
2. **Lê Ngọc Thanh** (2005), Nhận xét đặc điểm lâm

sàng, X quang và đánh giá kết quả phẫu thuật răng khôn hàm dưới mọc lệch, mọc ngầm, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội.

3. **Lê Bá Anh Đức** (2014), Đánh giá hiệu quả của ghép huyết tương giàu yếu tố tăng trưởng sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới khó, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Thị Luyện** (2015), Đánh giá kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới theo Parant II không đóng kín huyết ổ răng, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Pederson G.B**, Impacted teeth, oral surgery, W.B. saunder company, 1998: 87 – 150

HÌNH DẠNG VÀ KÍCH THƯỚC CUNG RĂNG Ở MỘT NHÓM SINH VIÊN 18-24 TUỔI TẠI HÀ NỘI

Hà Ngọc Chiêu¹, Nguyễn Thùy Linh², Phạm Như Hải²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét hình dạng cung răng hai hàm và xác định một số kích thước cung răng trên mẫu thạch cao ở nhóm sinh viên từ 18-24 tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang bằng phương pháp thăm khám lâm sàng, đo đạc trên mẫu thạch cao cung răng hai hàm của 305 đối tượng sinh viên đại học (136 nam, 169 nữ) tuổi từ 18-24. **Kết quả:** Tỷ lệ hình dạng cung răng hình Oval chiếm đa số với 96,7%; hình vuông: 2%; hình tam giác: 1,3%; kích thước cung răng hàm trên: R33: 33,5±4,3 mm; R66: 51,8±4,1 mm; D13: 8,7±3,2 mm; D16: 30,0±4,2 mm; kích thước cung răng hàm dưới: R33: 26,6±3,9 mm; R66: 45,7±3,7 mm; D13: 6,1±2,3 mm; D16: 25,8±3,5 mm. **Kết luận:** Hình dạng cung răng oval chiếm đa số, sự phân bố hình dạng cung răng khác nhau theo giới, chiều rộng trước và chiều rộng sau ở cung răng hình vuông lớn hơn cung răng hình oval và tam giác; chiều dài trước và chiều dài sau ở hình dạng cung răng tam giác lớn hơn hình vuông và oval, các kích thước cung răng hai hàm ở nam lớn hơn nữ. **Từ khóa:** Hình thái cung răng, hình dạng cung răng, kích thước cung răng.

SUMMARY

MORPHOLOGY AND DIMENSIONS OF ARCH FORM IN A GROUP OF STUDENTS AGED 18-24 YEARS IN HANOI

Objectives: Comment on the shape of the bimaxillary arches and determine some arch dimensions on the agar casts in the group of students aged 18-24 years old. **Subjects and research**

methods: A cross-sectional descriptive study by clinical examination and measurement on agar arches over 305 students (136 men, 169 women) aged 18-24 years old. **Results:** The proportion of oval arches was the majority with 96.7%; square: 2.0%; triangle: 1.3%; arch dimensions of maxillary teeth: R33: 33.5±4.3 mm; R66: 51.8±4.1 mm; D13: 8.7±3.2 mm; D16: 30.0±4.2 mm; arch dimensions of mandibular: R33: 26.6±3.9 mm; R66: 45.7±3.7 mm; D13: 6.1±2.3 mm; D16: 25.8±3.5 mm. **Conclusion:** The most common shape was oval, the distribution of arch shape was significantly different by gender, anterior and posterior width in square dental arches were larger than oval and triangular ones; the anterior and posterior lengths of triangular arches were larger than square and oval, and the dimensions of the bimaxillary arches were larger in men than in women.

Keywords: Dental arch morphology, dental arch shape, dental arch dimensions

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hình thái giải phẫu cơ thể người chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố phức tạp khác nhau. Sinh ra và lớn lên trong các điều kiện địa lý, sinh thái, tập quán sinh hoạt khác nhau, cơ thể của con người trong đó đặc biệt là khuôn mặt có những nét đặc trưng khác nhau tạo nên các chủng tộc khác nhau. Ở lứa tuổi từ 18-24, cung hàm đã ổn định và hầu như không thay đổi về kết cấu sọ mặt, trong đó hình dạng và kích thước của cung răng có vai trò quan trọng cho sự sắp xếp của các răng trên cung hàm. Một hàm răng lệch lạc ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ, chức năng làm cho con người thiếu tự tin trong cuộc sống và là điều kiện cho các bệnh nha chu và sâu răng phát triển. Ở lứa tuổi 18-24 hệ thống răng vĩnh viễn đã mọc hoàn toàn. Tìm hiểu hình dạng, kích thước cung răng cũng như tình trạng lệch lạc răng - hàm góp phần vào công tác

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược – ĐH Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Ngọc Chiêu

Email: ngocchieu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 6.4.2023