

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI SỐNG HÀM TRÊN BỆNH NHÂN MẤT RĂNG TOÀN BỘ TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

*Mai Hồng Mỹ Uyên<sup>1\*</sup>, Phan Thế Phước Long<sup>2</sup>, Phạm Văn Linh<sup>1</sup>*

*1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

*2. Trường Đại học Đà Nẵng*

*\*Email: mhmyuyen@gmail.com*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Mất răng toàn bộ là một biến cố quan trọng, gây biến đổi tại chỗ và toàn thân, ảnh hưởng lớn đến thẩm mỹ lẫn chức năng. Hình thái sống hàm là một trong những yếu tố giải phẫu - sinh lý quan trọng ảnh hưởng đến sự nâng đỡ, vững ổn và dính của điều trị phục hình mất răng toàn bộ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ sống hàm lồi, phẳng, lõm trên bệnh nhân mất răng toàn bộ; xác định tỷ lệ hình thái sống hàm lồi theo chỉ số kích thước, chỉ số c/a tại các vị trí trên bệnh nhân mất răng toàn bộ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 32 mẫu hàm trên 24 bệnh nhân 45-81 tuổi mất răng toàn bộ tại trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2018-2020. **Kết quả:** Sống hàm lồi chiếm nhiều nhất, 96,43%; không có sống hàm lõm.

Sống hàm phẳng thường thấy ở 1/3 sau cung hàm. Trong dạng lồi có ba dạng: vuông, parabol và tam giác. Dạng tam giác chiếm nhiều nhất ở các mốc đo (50-69%), ngoại trừ tại 1/3 trước trái thì dạng parabol chiếm đa số là 53%. **Kết luận:** Sống hàm lồi có chiều cao nhỏ hơn chiều rộng đáy chiếm 92,6%. Chỉ số kích thước trung bình tăng dần từ vùng 1/3 sau cung hàm đến 1/3 trước cung hàm ( $39,38 \pm 9,53\%$  -  $64,58 \pm 12,97\%$ ).

Từ khoá: Hình thái sống hàm, mất răng toàn bộ.

## ABSTRACT

### THE CHARACTERISTICS OF EDENTULOUS RIDGE IN COMPLETE TOOTH LOSS PATIENTS AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

Mai Hong My Uyen<sup>1</sup>, Phan The Phuoc Long<sup>2</sup>, Pham Van Linh<sup>1</sup>

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Da Nang University

**Background:** Complete tooth loss is an important event, causing local and systemic changes, greatly affecting aesthetics and function. Edentulous ridge is one of the main physiological - anatomical factors affecting the support, stability and stickiness of removable denture in patients with complete tooth loss. **Objectives:** To determine the percentage of three ridge forms: convex, flat and negative ridge, edentulous ridge to the size index, c/a index in complete tooth loss patients. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional on 32 patterns of 24 complete tooth loss patients at Can Tho University of Medicine and Pharmacy, 2018-2020. **Results:** The majority was convex ridge forms (96.43%), no negative ridge form was found, flat ridges were commonly found in 1/3 posterior region. We classified convex ridge into three forms: triangular, square & parabolic. The triangular form (50-69%) was prevalent at most of the locations but at 1/3 left anterior region, the parabolic form (53%) were commonly found. **Conclusion:** Majority of convex ridge form having the height that was smaller than bottom width (92.6%). The size index increased from 1/3 posterior to anterior region ( $39.38 \pm 9.53\%$  -  $64.58 \pm 12.97\%$ ).

**Key word:** Edentulous ridge, complete tooth loss.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất răng là một biến cố quan trọng, gây biến đổi tại chỗ và toàn thân, ảnh hưởng lớn đến sức khỏe, thẩm mỹ lẫn chức năng ăn nhai; đặc biệt là bệnh nhân mất răng toàn bộ. Vì vậy, Taddéi C. xem mất răng toàn bộ như một thương tật về các phương diện thể chất, tinh thần và xã hội [2].

Trong thực tế lâm sàng, việc điều trị phục hình toàn hàm cho bệnh nhân mất răng toàn bộ khá khó khăn. Phục hình tháo lắp toàn bộ không gắn liền với hệ thống cơ bám xương của bệnh nhân và vùng nha chu mà sự dính của phục hình phụ thuộc chủ yếu vào hình thái sống hàm [12]. Chức năng nhai bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, chẳng hạn như mất răng, nước bọt tiết, kỹ năng vận động lưỡi, chiều cao và hình dạng của sống hàm còn lại và sự ổn định và duy trì của răng giả đầy đủ. Hình thái sống hàm là một trong những yếu tố giải phẫu sinh lý quan trọng ảnh hưởng đến sự nâng đỡ, vững ổn và dính của phục hình. Khảo sát hình thái sống hàm là cần thiết, cung cấp cơ sở dữ liệu cơ bản giúp cho việc lên kết hoạch và điều trị thành công cho bệnh nhân mất răng, đặc biệt là bệnh nhân mất răng toàn bộ. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đặc điểm hình thái sống hàm trên bệnh nhân mất răng toàn bộ tại trường Đại học Y Dược Cần Thơ với mục tiêu:

- Xác định tỷ lệ sống hàm lồi, phẳng, lõm trên bệnh nhân mất răng toàn bộ.
- Xác định tỷ lệ hình thái sống hàm lồi theo chỉ số kích thước và c/a tại các vị trí.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân có mất răng toàn bộ đến khám và điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt trường Đại học Y Dược Cần Thơ, năm 2018-2020.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân trên 25 tuổi mất răng toàn bộ, bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có nhiễm trùng tại chỗ, bệnh nhân dị ứng với chất lấy dấu, phản xạ nôn quá mức.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu thu được là 24 bệnh nhân với 32 mẫu hàm.

**Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

**Nội dung nghiên cứu**

- Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới tính, nghề nghiệp, vị trí mẫu hàm.

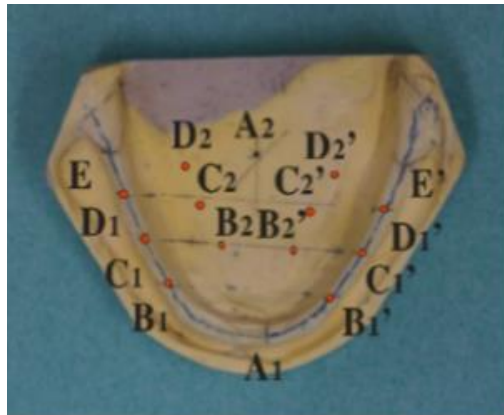
- Đánh giá đặc điểm hình thái sớng hàm

+ Phương pháp đo đạc trên mẫu hàm, theo Nguyễn Thị Thanh Vân (2007) [5]

Xác định mặt phẳng chuẩn: Xác định ba điểm chuẩn: Điểm đỉnh sớng hàm trên đường giữa: điểm A<sub>1</sub>. Hai điểm hai bên phía sau: điểm giới hạn sau đỉnh sớng hàm: điểm đỉnh gò hậu nha E, E'.

Điều chỉnh mặt phẳng chuẩn của mẫu hàm: Mài đế mẫu hàm theo đường hướng dẫn song song với EE'. Vẽ đường đỉnh sớng hàm bằng dụng cụ nhỏ.

Xác định mặt cắt sớng hàm



A<sub>1</sub>A<sub>2</sub>: sớng hàm đường giữa

B<sub>1</sub>B<sub>2</sub>: sớng hàm 1/3 trước phải

B<sub>1</sub>'B<sub>2</sub>': sớng hàm 1/3 trước trái

C<sub>1</sub>C<sub>2</sub>: sớng hàm 1/3 giữa phải

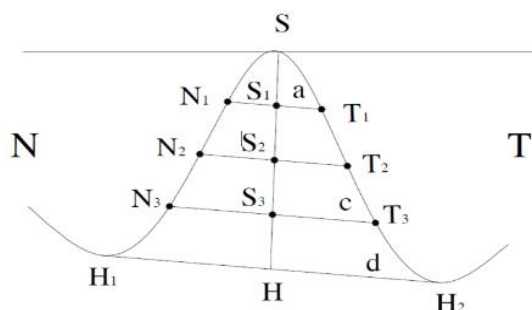
C<sub>1</sub>'C<sub>2</sub>': sớng hàm 1/3 giữa trái

D<sub>1</sub>D<sub>2</sub>: sớng hàm 1/3 sau phải

D<sub>1</sub>'D<sub>2</sub>': sớng hàm 1/3 sau trái

Hình 1: Các điểm chuẩn hướng dẫn xác định mặt cắt sớng hàm

### Cắt mẫu sớng hàm



S: Điểm đỉnh sớng hàm

H<sub>1</sub>, H<sub>2</sub>: điểm thấp nhất của đáy hành lang ngoài, trong. H là trung điểm H<sub>1</sub>H<sub>2</sub>

Chia SH làm 4 đoạn: SS<sub>1</sub>=S<sub>1</sub>S<sub>2</sub>=S<sub>2</sub>S<sub>3</sub>=S<sub>3</sub>H

SH = h là chiều cao sớng hàm

N<sub>1</sub>T<sub>1</sub> = a: chiều rộng phần phía trên sớng hàm

N<sub>3</sub>T<sub>3</sub> = c: chiều rộng phần phía dưới sớng hàm

H<sub>1</sub>H<sub>2</sub> = d: chiều rộng đáy sớng hàm

Hình 2: Hình dạng mặt cắt sổng hàm

+ Xác định đặc điểm hình thái sổng hàm theo Nguyễn Thị Thanh Vân (2007) [5]:

Sổng hàm lồi: Nếu có một điểm bất kỳ trên sổng hàm cao hơn đường nối H<sub>1</sub>H<sub>2</sub> và cách đường này một khoảng > 2mm.

Sổng hàm phẳng: Khi mọi điểm trên sổng hàm cao hơn hoặc thấp hơn đường nối H<sub>1</sub>H<sub>2</sub> và cách đường này một khoảng ≤ 2mm.

Sổng hàm lõm: Khi có một điểm bất kỳ trên sổng hàm thấp hơn đường nối H<sub>1</sub>H<sub>2</sub> và cách đường này một khoảng > 2mm.

+ Nếu sổng hàm lồi, tiến hành đo đạc và tính chỉ số kích thước và chỉ số c/a

Chỉ số kích thước (CSKT) = (h/d) x 100.

Sổng hàm thấp - rộng: 0 < CSKT ≤ 25.

Sổng hàm cao vừa - rộng vừa: 25% < CSKT ≤ 75%.

Sổng hàm cao - hẹp: CSKT > 75%

Hình dạng sổng hàm theo chỉ số c/a

Vuông (c/a ≤ 1,45)

Parabol (1,45 < c/a ≤ 1,73)

Tam giác (c/a > 1,73)

**Phương pháp xử lý số liệu:** Nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0, sử dụng Independent-Sample T-Test.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

- Giới tính: nữ chiếm đa số (71%) so với nam giới (29%).
- Tuổi: 45-60 tuổi chiếm 54,2%, >60 tuổi chiếm 45,8%.
- Nghề nghiệp: Nội trợ và mất sức lao động đều chiếm 33,3%, buôn bán chiếm 12,5%, nông dân công nhân viên chức chiếm lần lượt là 8,3%; 8,3% và 4,3%.
- Phân bố bệnh nhân theo vị trí hàm: có 19 mẫu hàm trên và 13 mẫu hàm dưới.

#### 3.2. Đặc điểm hình thái sổng hàm mất răng toàn bộ

##### 3.2.1. Đặc điểm sổng hàm lồi, phẳng, lõm theo vị trí

Bảng 1. Đặc điểm sổng hàm lồi, phẳng, lõm theo vị trí

Vị trí	Hàm trên (n=19)				Hàm dưới (n=13)			
	Lồi		Phẳng		Lồi		Phẳng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Đường giữa	19	100	0	0	13	100	0	0
1/3 trước phải	19	100	0	0	13	100	0	0
1/3 trước trái	19	100	0	0	13	100	0	0
1/3 giữa phải	19	100	0	0	12	92,3	1	7,7
1/3 giữa trái	19	100	0	0	13	100	0	0
1/3 sau phải	19	100	0	0	10	76,9	3	23,1
1/3 sau trái	16	84,2	3	15,8	12	92,3	1	7,7
Tổng		97,7		2,3		94,5		5,5

Nhận xét: Sống hàm dạng lồi chiếm đa số (96,43%) với 97,7% ở hàm trên và 94,5% ở hàm dưới, không có sống hàm lõm. Sống hàm phẳng chủ yếu ở vùng sau sống hàm và ở hàm dưới (5,5%) nhiều hơn hàm trên.

**3.2.2. Hình thái sống hàm lồi theo chỉ số kích thước**

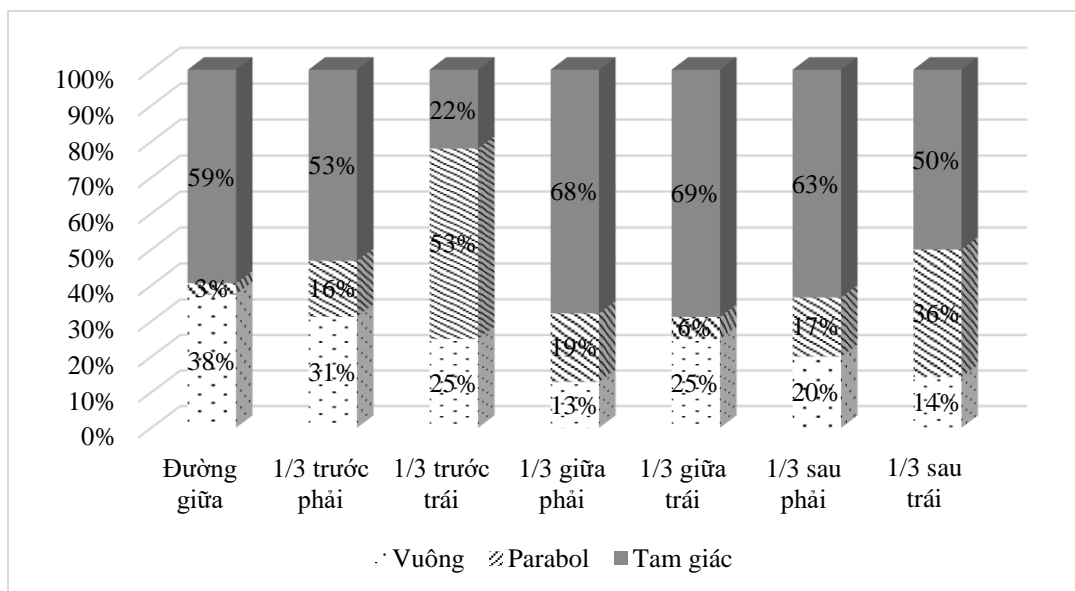
Bảng 2. Phân loại hình thái sống hàm lồi theo chỉ số kích thước

Vị trí	Hình dạng sống hàm	CSKT (%)	Hàm trên (n=19)	Hàm dưới (n=13)	Trung bình	P
Đường giữa	Cao vừa - rộng vừa	27-70%	55,58 ±	71,73 ±	62,14 ±	0,913
	Cao - hẹp	80-150%	17,48%	26,06%	22,48 %	
1/3 trước phải	Cao vừa - rộng vừa	39-73%	61,98 ±	68,39 ±	64,58 ±	<b>0,007</b>
	Cao - hẹp	79-85%	9,96%	16,1%	12,97%	
1/3 trước trái	Cao vừa - rộng vừa	33-73%	58,7 ±	59 ± 9,86%	58,83 ±	0,079
	Cao - hẹp	80-85%	13,82%		12,19%	
1/3 giữa phải	Cao vừa - rộng vừa	29-70%	45,09 ±	54,56 ±	48,75% ±	<b>0,003</b>
1/3 giữa trái	Cao vừa - rộng vừa	30-64%	38,18 ±	42,86 ±	40,08 ±	<b>0,004</b>
1/3 sau phải	Thấp - rộng	21-25%	34,48 ±	42,49 ±	37,25 ±	0,680
	Cao vừa - rộng vừa	30-69%	9,93%	12,13%	11,21%	
1/3 sau trái	Thấp - rộng	25%	41,02 ±	37,18 ±	39,38 ±	<b>0,026</b>
	Cao vừa - rộng vừa	31-60%	7,12%	12,02%	9,53%	

Independent-Sample T-Test

Nhận xét: Đa số sống hàm lồi có chiều cao nhỏ hơn chiều rộng đáy chiếm 92,6% và có CSKT <100% trừ đường giữa. CSKT trung bình tăng dần từ vùng 1/3 sau cung hàm đến 1/3 trước cung hàm (39,38 ± 9,53% - 64,58 ± 12,97%). Có khác biệt mang ý nghĩa thống kê ở 1/3 giữa, 1/3 trước phải và 1/3 sau trái (p<0,05).

3.2.3. Hình thái sống hàm lồi theo tỷ số c/a



Biểu đồ 1: Hình thái sống hàm lồi theo tỷ số c/a

Sống hàm tam giác chiếm nhiều hơn (50-69%). Tại vị trí 1/3 trước cung hàm trái sống hàm dạng parabol chiếm nhiều hơn (53%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nữ chiếm đa số (71%) và gấp đôi so với nam giới (29%); tương tự nghiên cứu của Phạm Tuấn Huy (2014) [4]. Bệnh nhân nữ lớn tuổi thường bị thay đổi nội tiết tố sau thời kỳ mãn kinh, ảnh hưởng đến nha chu và sức khoẻ răng miệng làm mất răng nhiều hơn so với nam giới.

Bệnh nhân trong nghiên cứu trong độ tuổi từ 45 đến 81 tuổi. Nhóm 45-60 tuổi chiếm 54,2%, đây là nhóm tuổi dễ thích nghi với hàm giả [7] và nhóm lớn hơn 60 tuổi chiếm 45,8%. Người lớn tuổi thường dễ mất răng toàn bộ do răng mọc trên cung hàm đã lâu, các bệnh răng miệng trở nên trầm trọng hơn, dẫn đến mất răng nhiều hơn so với người trẻ tuổi.

Nội trợ và mất sức lao động đều chiếm 33,3%, buôn bán chiếm 12,5%, nông dân công nhân, viên chức chiếm lần lượt là 8,3%, 8,3% và 4,3%. Lao động trí thức như viên chức thường chú trọng đến sức khoẻ răng miệng hơn lao động chân tay và mất sức lao động. Phân bố bệnh nhân theo vị trí hàm: có 19 mẫu hàm trên và 13 mẫu hàm dưới. Răng hàm trên thường mất sớm hơn răng hàm dưới do nguyên nhân nha chu [11].

4.2. Đặc điểm hình thái sống hàm mất răng toàn bộ

4.2.1. Đặc điểm sống hàm lồi, phẳng, lõm theo vị trí

Tỷ lệ sống hàm lồi chiếm đa số (96,43%) với 97,7% ở hàm trên và 94,5% ở hàm dưới, không có sống hàm lõm; tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Vân (2007) [5] là 98,4% tỷ lệ sống hàm lồi, không có sống hàm lõm, Hoàng Kính Chương (2015) [1] thì sống hàm lồi chiếm đa số (93-100%). Sống hàm phẳng chủ yếu ở vùng sau của sống hàm; và ở hàm dưới (5,5%) nhiều hơn hàm trên (2,3%). Do hàm trên lồi cùng phía sau thường lớn được nâng đỡ bởi xương, trong khi cấu trúc phía trước gối hậu nha hàm dưới thường nhỏ do mất răng sau sớm. Dạng lồi chiếm tỉ lệ cao là sống hàm thuận lợi cho phục

hình tháo lắp toàn hàm theo Sanguuolo [7] do diện tích bề mặt tựa và mô nâng đỡ lớn, đảm bảo sự dính và vững ổn của phục hình. Sóng hàm phẳng do tiêu xương nhiều không thuận lợi cho phục hình, khó ghi dấu chính xác sóng hàm, đôi khi lộ lõm, dễ gây đau cho người mang hàm thì chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 1 cho thấy sóng hàm dạng lõm vùng phía trước chiếm tỷ lệ cao (100%), sóng hàm phẳng xuất hiện nhiều hơn ở vị trí phía sau (15,8% ở hàm trên, 7,7-23,1% ở hàm dưới). Sự tiêu xương ở sóng hàm phía sau diễn ra sớm hơn, vùng răng trước thường có độ cao nhiều hơn do giới hạn của xoang hàm và thân kinh răng dưới giới hạn kích thước này ở vùng răng sau [14]. Răng số cối lớn thứ nhất là răng vĩnh viễn đầu tiên của cơ thể, nên nguy cơ bị sâu răng và mất răng khá cao, nhất là ở những bệnh nhân mất răng toàn hàm như thế nên sóng hàm vùng răng phía sau có sự tiêu xương nhiều hơn vùng răng phía trước.

#### 4.2.2. Hình thái sóng hàm lõm theo chỉ số kích thước

Đa số sóng hàm lõm có chiều cao nhỏ hơn chiều rộng đáy chiếm 92,6%; tương tự Nguyễn Thị Thanh Vân (2007) [5] theo bảng 3.2. Dạng cao vừa - rộng vừa xuất hiện ở tất cả các vị trí cho thấy hầu hết chiều cao vẫn nhỏ hơn chiều rộng sóng hàm bởi vì sự tiêu xương xảy ra từ phần xương ở răng đến phần đỉnh sóng hàm rồi mới tới đáy sóng hàm.

CSKT trung bình tăng dần từ vùng 1/3 sau cung hàm đến 1/3 trước cung hàm. Như vậy có thể nói chiều cao sóng hàm tăng dần từ sau ra trước ( $39,38 \pm 9,53\%$  -  $64,58 \pm 12,97\%$ ), một lần nữa khẳng định sự mất răng theo trình tự từ sau ra trước đã cho ra kết quả này; tương tự như Cawood J. I., Howell R. A. (1988) [9]. Đây có thể là do đặc điểm của giải phẫu răng khi mà răng sau lớn hơn các răng trước, thêm vào đó răng sau có nhiều chân hơn, làm diện tích xương hàm để bao phủ hết chân răng phải lớn hơn và bề dày xương an toàn cho răng vững chắc phải dày hơn các răng phía trước [13]. Khi răng mất đi, phần xương hàm còn lại ở vùng răng sau hiển nhiên sẽ có bề dày và diện tích hơn vị trí phía trước. Bởi vì điều đó, cho dù răng phía sau có mất sớm hơn răng phía trước dẫn đến chiều cao thấp hơn, nhưng theo trình tự tiêu xương của sóng hàm, nên ở vùng phía sau vẫn có lợi thế là chiều rộng sóng hàm vẫn cho một diện tích đủ lớn cho hàm giả tiếp xúc tạo sự lưu phục hình, nhất là đối với phục hình hàm trên. CSKT trung bình mọi vị trí ở hàm trên ( $55,58 \pm 17,48\%$  -  $39,38 \pm 9,53\%$ ) đều nhỏ hơn so với hàm dưới ( $62,14 \pm 22,48\%$  -  $41,02 \pm 7,12\%$ ). Giải thích điều này là do đặc điểm giải phẫu của hai xương hàm. Xương hàm trên có nhiều xương xốp và vỏ xương mỏng hơn so với hàm dưới nên sự tiêu xương sẽ tiến triển với một lượng thời gian ít hơn hàm dưới. Xương hàm dưới là một xương đặc, vỏ xương dày, hơn hết là có các cơ bám xương phía trong như cơ hàm móng, cằm móng, cằm lưỡi... và phía ngoài là các cơ nhai nên sự tiêu xương diễn ra khá là chậm so với hàm trên, hơn thế nữa sự tiêu xương chủ yếu xảy ra trước ở phần xương vỏ xong rồi mới đến xương vỏ [13].

CSKT trung bình của 2 hàm có khác biệt mang ý nghĩa thống kê ở 1/3 giữa cung hàm, 1/3 trước phải và 1/3 sau trái. Sóng hàm ở 1/3 giữa cung hàm thường liên quan đến vùng răng cối nhỏ mà ở đó răng cối nhỏ hàm dưới có chiều cao toàn bộ và chiều gần xa thân răng lớn hơn so với hàm trên [3]. Thêm vào đó, sự tiêu xương của hàm dưới diễn ra lâu hơn tạo nên sự khác biệt giữa 2 hàm ở vị trí 1/3 giữa ở cả 2 bên. Ở 1/3 trước phải, thường liên quan đến vị trí răng nanh ở phân hàm thuận thường có kích thước xương lớn hơn bên còn lại do lực nhai bên thuận thường lớn hơn. Ở 1/3 sau cung hàm, thứ tự mọc răng sau ở bên phải sớm hơn so với bên trái và hàm trên sớm hơn hàm dưới ở cả 2 giới [10]; dẫn đến sự khác biệt ở 1/3 sau bên trái cung hàm.

### 4.2.3. Hình thái sống hàm lồi theo tỷ số c/a

Biểu đồ 1 nêu ra rằng sống hàm hình tam giác chiếm tỷ lệ nhiều nhất (50-69%). Tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Vân (2007) [5] tỷ lệ sống hàm tam giác chiếm nhiều nhất ở các mốc đo trên cung hàm là 64,9-71,1%, ngoại trừ tại đường giữa và Hoàng Kính Chương (2015) [1] thì tỷ lệ sống hàm tam giác chiếm 45,1 - 69%; theo Lê Hồ Phương Trang (2010) [6] thì sống hàm hình tam giác chiếm đa số ở cả hai hàm. Qua đó ta thấy trình tự mất răng, ở vùng răng trước sự mất răng thường xảy ra sau cùng. Ngoài việc do các răng phía trước thường mất sau cùng, còn một lý do khác là vùng phía trước thường chịu lực nhẹ khi ăn nhai so với vùng phía sau với lực mạnh hơn; lực nhai tối đa đo được ở người là 500-700N ở vùng răng sau và 100N cho vùng răng trước [8]. Nhưng ở vùng 1/3 trước trái sống hàm dạng parabol chiếm 53% do đây là vị trí răng nanh là răng thường mọc sau cùng, chân răng to và là bên không thuận nên hình dạng sống hàm parabol chiếm đa số; cho thấy cần chú ý vị trí 1/3 trước trái trên các bệnh nhân cần điều trị tiền phục hình.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu với 24 bệnh nhân có 32 mẫu hàm ở bệnh nhân mất răng toàn bộ về hình thái sống hàm chúng tôi kết luận: Nữ chiếm đa số (71%). Bệnh nhân mất răng toàn hàm trên thường gặp hơn so với hàm dưới. Phân bố hình thể sống hàm theo vị trí: đa số sống hàm lồi (96,43%) là sống hàm thuận lợi cho phục hình. Sống hàm phẳng chiếm 2,3%: không có sống hàm lõm. CSKT trung bình tăng dần từ vùng 1/3 sau cung hàm đến 1/3 trước cung hàm. Chiều cao sống hàm tăng dần từ sau ra trước hoặc là chiều rộng đáy tăng dần từ trước ra sau ( $39,38 \pm 9,53\%$  -  $64,58 \pm 12,97\%$ ). Phân loại sống hàm lồi dựa theo tỉ số c/a: sống hàm tam giác chiếm đa số (50-69%) tại các vị trí ngoại trừ 1/3 trước trái sống hàm parabol chiếm nhiều hơn (53%); vị trí 1/3 trước cung hàm trái trên các bệnh nhân cần điều trị tiền phục hình. Đa số sống hàm lồi có chiều cao nhỏ hơn chiều rộng đáy (92,6%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Kính Chương (2015), *Khảo sát sống hàm mất răng toàn bộ ảnh hưởng lên sự dính của phục hình tháo lắp trên bệnh nhân điều trị tại khu lâm sàng, trường Đại học y dược Cần Thơ năm 2014*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Răng hàm mặt, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, thành phố Cần Thơ.
2. Hoàng Tử Hùng, Taddéi C., Lê Hồ Phương Trang, Jean Nonclercq (2013), *Phục hình răng tháo lắp toàn hàm – Căn bản về lâm sàng và kỹ thuật labo*, Nhà xuất bản y học, tr. 11-28.
3. Hoàng Tử Hùng (2014), *Giải phẫu răng*, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 352-354.
4. Phạm Tuấn Huy (2014), *Khảo sát tình trạng mất răng và mối liên quan với chất lượng cuộc sống của bệnh nhân đến khám tại khoa Răng hàm mặt trường Đại học Y Dược Cần Thơ*, Trường đại học Y Dược Cần Thơ, Thành phố Cần Thơ.
5. Nguyễn Thị Thanh Vân, Lê Hồ Phương Trang, Hoàng Tử Hùng (2007), *Hình thể sống hàm mất răng toàn bộ hàm dưới nghiên cứu thăm dò trên 64 trường hợp*, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 11(2), tr. 62-67.
6. Lê Hồ Phương Trang (2010), *Hình thái nền tựa của phục hình toàn hàm và ứng dụng thiết kế khay lấy dấu*, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, thành phố Hồ Chí Minh.
7. Trần Thiên Lộc và Lê Hồ Phương Trang (2015), *Thực hành phục hình răng tháo lắp toàn hàm*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 29-55.
8. Berkovitz B.K.B., Holland G.R., Moxham B.J. (2017), *Oral Anatomy, Histology and Embryology*, *Elsevier Health Sciences*, pp.106-122.



9. Cawood J. I., Howell R. A. (1988), A classification of the edentulous jaws, *International journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 17(4), pp. 232-236.
10. Chaitanya P., Reddy J. S., Suhasini K., Chandrika I. H., Praveen D. (2018), Time and Eruption Sequence of Permanent Teeth in Hyderabad Children: A Descriptive Cross-sectional Study, *International journal of clinical pediatric dentistry*, 11(4), pp. 330-337.
11. Chandan Upadhyaya, Humagain Manoj (2009), The pattern of tooth loss due to dental caries and periodontal disease among patients attending dental department (OPD), Dhulikhel Hospital, Kathmandu University Teaching Hospital (KUTH), Nepal, *Kathmandu University medical journal (KUMJ)*, 7, pp. 59-62.
12. Goiato M. C., Garcia A. R., Dos Santos D. M., Zuim P. R. (2010), Analysis of masticatory cycle efficiency in complete denture wearers, *Journal of prosthodontics: Official journal of the American College of Prosthodontists*, 19(1), pp. 10-13.
13. Misch C.E., Resnik R. (2017), Misch's Avoiding Complications in Oral Implantology, *Elsevier Health Sciences*, pp. 54-147.
14. Resnik R. (2020), Misch's Contemporary Implant Dentistry, *Elsevier Health Sciences*, pp. 415-435.

(Ngày nhận bài: 22/6/2020 - Ngày duyệt đăng: 06/8/2020)

---