

NHỔ CHỈNH HÌNH RĂNG CỐI LỚN THỨ HAI HÀM DƯỚI LỆCH NGẦM NẸM GẦN THẦN KINH XƯƠNG Ỗ DƯỚI: BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Nguyễn Hoàng Yến^{1,2}, Nguyễn Thị Bích Lý²

TÓM TẮT

Tổn thương thần kinh xương ổ dưới (TKXOD) sau khi nhổ răng là một biến chứng nghiêm trọng, gây ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Ngoài ra, khi răng cần nhổ nằm sâu sát bờ dưới xương hàm dưới thì bệnh nhân còn có nguy cơ gãy xương hàm nguyên phát khi can thiệp nhổ răng hay thứ phát do bờ dưới xương hàm quá mỏng tạo điểm yếu trên xương hàm. Báo cáo trình bày trường hợp bệnh nhân nữ, 17 tuổi, có chỉ định nhổ răng cối lớn thứ hai hàm dưới bên phải mọc lệch ngằm sâu, nằm sát bờ dưới xương hàm dưới, tiềm ẩn nguy cơ gãy xương hàm và tổn thương thần kinh khi nhổ. Chúng tôi đã áp dụng kỹ thuật nhổ chỉnh hình sử dụng khí cụ cung lưỡi biến đổi có gắn cánh tay móc để kéo răng di chuyển lên vị trí an toàn trước khi nhổ. Sau 6 tháng điều trị, răng đã di chuyển lên trên cách xa ống thần kinh hơn 3 mm, có tạo xương bồi đắp xương ở bờ dưới xương, việc nhổ răng diễn ra thuận lợi, bệnh nhân không bị biến chứng gì sau khi nhổ. Kết quả của trường hợp lâm sàng này cho thấy phương pháp nhổ răng chỉnh hình là một lựa chọn hiệu quả và an toàn trong xử lý các trường hợp răng lệch ngằm phức tạp, đặc biệt là khi răng nằm gần các cấu trúc giải phẫu quan trọng. **Từ khóa:** răng cối lớn thứ hai hàm dưới lệch ngằm, tổn thương thần kinh xương ổ dưới, gãy xương hàm dưới, nhổ răng chỉnh hình.

SUMMARY

ORTHODONTIC EXTRACTION OF IMPACTED MANDIBULAR SECOND MOLARS IN PROXIMITY TO THE INFERIOR ALVEOLAR NERVE: A CLINICAL CASE REPORT

Inferior alveolar nerve (IAN) injury following tooth extraction is a serious complication, significantly affects the patient's quality of life. Additionally, if the tooth is located deeply and adjacent to the inferior border of the mandible, there is a heightened risk of mandibular fracture – either primary during the extraction procedure or secondary due to thinning of the mandibular base that creates a structural weak point. This report presents the case of a 17-year-old female patient with a deeply impacted mandibular right second molar located near the inferior border of the mandible, posing substantial risk for both IAN

injury and mandibular fracture during extraction. We employed an orthodontic-assisted extraction technique using a modified lingual arch appliance with a hook arm to gradually move the impacted tooth to a safer position prior to extraction. After 6 months of treatment, the tooth had been orthodontically extruded to a position more than 3 mm away from the nerve canal, with evidence of new bone formation along the inferior mandibular border. The extraction was performed smoothly without any postoperative complications. This clinical case demonstrates that orthodontic-assisted extraction is an effective and safe option for managing complex impacted teeth, particularly when these are in close proximity to critical anatomical structures. **Keywords:** impacted mandibular second molar, inferior alveolar nerve injury, mandibular fracture, orthodontic extraction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng mọc lệch ngằm là tình trạng thường gặp trong nha khoa, trong đó răng khôn là phổ biến nhất, tiếp theo là răng nanh hàm trên và răng cối nhỏ thứ hai hàm dưới. Răng cối lớn thứ hai (RCL2) lệch ngằm thường hiếm gặp, chủ yếu xảy ra ở hàm dưới với tỉ lệ khoảng 0,06-0,3% dân số, nhưng có thể lên đến 2-3% ở bệnh nhân chỉnh nha¹. Nếu không được xử lý, răng lệch ngằm có thể dẫn đến chen chúc, tiêu chân răng, viêm quanh thân răng, viêm nha chu, u nang, đau hoặc sai khớp cắn. Khác với răng khôn thường được chỉ định nhổ bỏ, RCL2 có vai trò ăn nhai quan trọng nên được ưu tiên bảo tồn; một số trường hợp, răng vẫn có chỉ định nhổ bỏ khi bị cứng khớp, không thể chỉnh hình hay thiếu chỗ trên cung hàm. Tuy nhiên, nhổ răng ngằm, đặc biệt răng gần thần kinh xương ổ dưới (TKXOD) và bờ dưới xương hàm có thể gặp nhiều khó khăn về kỹ thuật và gây biến chứng như gãy xương hàm dưới và tổn thương thần kinh với tỉ lệ có thể lên tới 7%², tạo rối loạn cảm giác vùng môi, cằm, từ đó ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân.

Gần đây, phương pháp nhổ răng chỉnh hình đã được đề xuất như một giải pháp tối ưu nhằm giảm thiểu các nguy cơ trên. Kỹ thuật này sử dụng khí cụ chỉnh hình để kéo răng lệch ngằm ra khỏi vị trí nguy hiểm, giúp di chuyển răng đến vị trí thuận lợi hơn, tạo được sự bồi đắp xương trên đường di chuyển của răng, giúp cho việc nhổ răng được dễ dàng và an toàn hơn, giảm thiểu nguy cơ tổn thương thần kinh và các biến chứng

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Yến

Email: hoangyennguyen2705@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.6.2025

Ngày duyệt bài: 29.7.2025

liên quan³. Y văn cũng đã ghi kết quả tích cực của kỹ thuật nhổ răng theo phương pháp chỉnh hình với tỉ lệ tổn thương thần kinh gần như không có, và kỹ thuật này thường áp dụng đối với các khôn hàm dưới^{3,4,5}. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào được thực hiện để đánh giá hiệu quả và tính khả thi của phương pháp nhổ chỉnh hình. Do đó, nhân một trường hợp bệnh nhân nữ có RCL2 lệch ngàm sâu và sát bờ dưới xương hàm dưới có chỉ định nhổ theo yêu cầu của chuyên khoa chỉnh hình, tiềm ẩn nguy cơ cao, chúng tôi thực hiện kỹ thuật nhổ răng chỉnh hình, sử dụng khí cụ cung lưỡi biến đổi có gắn cánh tay móc để di chuyển răng đến vị trí an toàn hơn trước khi nhổ.

II. TRÌNH BÀY TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 17 tuổi, học sinh, đến khám vì khớp cắn hở hở vùng răng trước, gây mất thẩm mỹ kèm theo thiếu răng vùng răng cối lớn hàm dưới bên phải. Bệnh nhân được bác sĩ chuyên khoa chỉnh hình khám và lên kế hoạch điều trị với chỉ định nhổ RCL2 bên phải trước khi can thiệp chỉnh hình điều trị khớp cắn hở. Bệnh nhân chưa từng điều trị gì liên quan đến tình trạng răng ngàm trước đây, không có tiền sử bệnh lý toàn thân và không bị dị ứng thuốc.

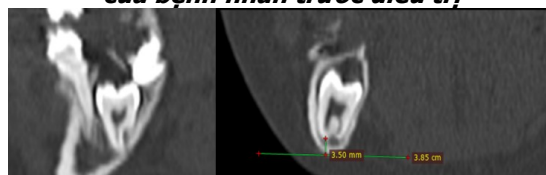
Khám lâm sàng cho thấy RCL2 chưa mọc trên miệng, niêm mạc và nướu không có biểu hiện viêm nhiễm hay sưng đau. Bệnh nhân không có vẻ triệu chứng đau, sưng hay khó khăn khi há miệng. Kiểm tra chức năng TKXOD, bệnh nhân có cảm giác bình thường tại vùng môi và cằm phía bên phải, không có dấu hiệu bất thường về cảm giác hay tê bì.

Hình ảnh X-quang bao gồm phim toàn cảnh và phim CBCT trước điều trị cho thấy RCL2 lệch ngàm rất sâu, sát bờ dưới xương hàm dưới (Hình 1 và 2). Trên hình ảnh tái dựng qua phần mềm RadiAnt Viewer, tại mặt phẳng thiết diện vuông góc với bờ hàm dưới và đi qua chóp chân răng, vẽ đường thẳng đi ngang qua bờ hàm dưới và đoạn thẳng vuông góc từ chóp RCL2 đến bờ hàm dưới, độ dài đoạn thẳng đo được là 3,50 mm, đồng thời thấy rõ chóp chân RCL2 tiếp xúc trực tiếp với thần kinh cho thấy nguy cơ cao gây tổn thương thần kinh xương ổ dưới và khả năng gây gãy xương hàm khi can thiệp trực tiếp.



Hình 1. Phim sọ nghiêng và phim toàn cảnh

của bệnh nhân trước điều trị



Hình 2. Phim CBCT của bệnh nhân trước điều trị

Chúng tôi sử dụng khí cụ chỉnh hình cung lưỡi (lingual arch) biến đổi (Hình 3), gồm một khâu gắn vào vùng răng cối lớn thứ nhất mỗi bên. Cung lưỡi được tạo bằng dây kim loại có đường kính 0,9 mm, được hàn vào phía lưỡi của các khâu hoặc ống một trong của khâu. Dây cung này được uốn cong theo mặt trong của các răng sau và đặt trên cingulum của các răng trước, bụng lò xo hàn vào vùng chữ U, cánh tay móc phía xa răng cối lớn thứ nhất sẽ kết nối với mắc cài gắn vào mặt nhai răng cối lớn thứ hai bên phải. Quá trình điều trị bao gồm:

- Bước 1: phẫu thuật bộc lộ thân RCL2 hàm dưới bên phải và gắn khí cụ chỉnh hình với lực kéo nhẹ nhàng (hình 3), liên tục nhằm đảm bảo sự di chuyển an toàn của răng. Chúng tôi kỳ vọng chân răng sẽ được di chuyển ra khỏi vùng nguy hiểm, làm giảm đáng kể nguy cơ tổn thương TKXOD và gãy xương hàm dưới khi nhổ răng



Hình 3. Khí cụ chỉnh hình cung lưỡi

(A: trước khi gắn; B: sau khi gắn vào hàm dưới của bệnh nhân)

- Bước 2: theo dõi định kỳ hàng tháng, chụp phim CBCT đánh giá sự di chuyển của chân răng.

- Bước 3: sau khi chân răng đã được di chuyển an toàn cách xa các cấu trúc nguy hiểm (dự kiến sau 4-6 tháng điều trị), sẽ tiến hành nhổ RCL2.

Kết quả phẫu thuật nhổ răng chỉnh hình được đánh giá dựa trên mức độ di chuyển của răng ra xa bờ dưới XHD và TKXOD cũng như biến chứng sau khi nhổ như đau, sưng, độ há miệng tối đa và tổn thương thần kinh.

- Đánh giá sự di chuyển của chân răng so với bờ dưới XHD và TKXOD dựa trên hệ tọa độ Descartes. Từ các lát cắt liên tục, chúng tôi chọn hình ảnh tham chiếu là hình ảnh có chân răng nằm gần TKXOD. Trên phần mềm RadiAnt Viewer chứa dữ liệu của bệnh nhân cần khảo

sát, tại mặt phẳng thiết diện cung hàm vuông góc với bờ hàm dưới và đi qua chóp chân răng, dựng một đường thẳng đi ngang qua bờ hàm dưới và một đường thẳng đi qua TKXOD; và đoạn thẳng vuông góc từ chóp RCL2 đến hai đường thẳng trên, đo độ dài hai đoạn thẳng đó. Khoảng cách từ chóp chân răng đến bờ hàm dưới và TKXOD được đo đạc trên phim CBCT tại thời điểm trước phẫu thuật, và sau 6 tháng phẫu thuật để xem xét sự thay đổi độ dài hai đoạn thẳng này.

- Đánh giá đau, sưng, độ há miệng tối đa sau phẫu thuật bộc lộ RCL2 hàm dưới để đặt khí cụ chỉnh hình (thì 1) và sau phẫu thuật nhổ răng (thì 2) tại các thời điểm ngày 1, ngày 3 và ngày 7, do bệnh nhân tự đánh giá theo hướng dẫn của bác sĩ.

+ Đánh giá đau theo tiêu chí của tác giả Pasqualini D và cộng sự (2005) gồm 5 mức độ: độ 0 (không đau), độ 1 (ít đau: chỉ cảm nhận được khi chú ý), độ 2 (đau nhẹ: vẫn cảm nhận dù không chú ý), độ 3 (đau nặng: khó chịu nhưng vẫn sinh hoạt), độ 4 (rất đau: phải tạm ngừng hoạt động), độ 5 (đau trầm trọng: ngừng mọi hoạt động, cần nghỉ ngơi) ⁶

+ Đánh giá sưng theo tiêu chí của tác giả Pasqualini D và cộng sự (2005) gồm 5 mức độ: độ 0 (không sưng), độ 1 (ít sưng: khó phát hiện nếu không nhìn kỹ), độ 2 (sưng nhẹ: không ảnh hưởng nhai nuốt), độ 3 (sưng nặng: cản trở nhai), độ 4 (rất sưng: cản trở nhai nhưng không giới hạn biên độ há miệng), độ 5 (sưng trầm trọng: giới hạn biên độ há miệng) ⁶

+ Đo độ há miệng tối đa bằng cách dùng thước kẹp đo khoảng cách giữa bờ cắn răng cửa giữa hàm trên và bờ cắn răng cửa giữa hàm dưới khi há miệng tối đa, đơn vị mm.

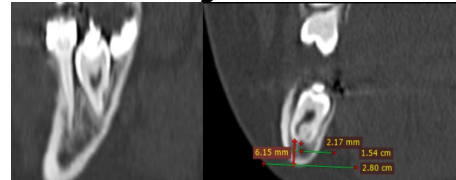
- Đánh giá tổn thương TKXOD bằng cách kết hợp hỏi cảm giác chủ quan và thử nghiệm phân biệt hai điểm. Bệnh nhân được hỏi về sự xuất hiện của cảm giác bất thường như kiến bò, tê nhói, ngứa ran, kim châm hoặc mất cảm giác ở vùng môi dưới, cằm, lưỡi của bên phẫu thuật so

với bên không phẫu thuật. Sau đó, thử nghiệm phân biệt hai được tiến hành bằng compa vô khuẩn, áp nhẹ hai đầu dò lên vùng cảm hoặc môi với khoảng cách thay đổi. Bệnh nhân, trong tư thế nhắm mắt, được yêu cầu mô tả cảm nhận là "một điểm" hay "hai điểm". Ngưỡng phân biệt > 10 mm được xem là có bất thường cảm giác, phản ánh tổn thương thần kinh cảm giác ngoại biên^{7,8}. Đánh giá cảm giác TKXOD và ghi nhận kết quả cụ thể tại thời điểm ngày 1, ngày 7 và ngày 30 sau phẫu thuật nhổ răng (thì 2).

Sau 6 tháng, phim toàn cảnh và phim CBCT đều cho thấy RCL2 đã di chuyển lên trên (Hình 4 và 5). Cụ thể, RCL2 đã di chuyển ra xa TKORD được 2,17mm và cách bờ hàm dưới hơn 3 mm so với trước điều trị (6,15 mm so với 3,50 mm), đủ điều kiện an toàn để tiến hành nhổ răng mà không gây ra nguy cơ tổn thương thần kinh hoặc gây xương hàm.



Hình 4. Phim toàn cảnh của bệnh nhân sau 6 tháng chỉnh hình



Hình 5. Phim CBCT của bệnh nhân sau 6 tháng chỉnh hình

Việc nhổ RCL2 diễn ra thuận lợi, nhanh chóng, không có bất kỳ biến chứng đáng kể nào. Kết quả cho thấy bệnh nhân không có bất thường về biểu hiện đau, sưng hay hạn chế vận động hàm đáng kể. Cụ thể, khi so sánh mức độ đau, sưng và độ há miệng ở cả 2 thì can thiệp thì chúng tôi có kết quả được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Mức độ đau, sưng và độ há miệng sau điều trị

Độ đau	Sau phẫu thuật thì 1			Sau phẫu thuật thì 2		
	Ngày 1	Ngày 3	Ngày 7	Ngày 1	Ngày 3	Ngày 7
0		X	X		X	X
1				X		
2	X					
Độ sưng	Sau phẫu thuật thì 1			Sau phẫu thuật thì 2		
	Ngày 1	Ngày 3	Ngày 7	Ngày 1	Ngày 3	Ngày 7
0						X
1			X	X	X	
2		X				

3	X				
Độ há miệng				Kết quả đo được (mm)	
Trước phẫu thuật thì 1				43,3	
Sau phẫu thuật thì 1				Ngày 1	18,2
				Ngày 3	20,0
				Ngày 7	24,0
Trước phẫu thuật thì 2				38,0	
Sau phẫu thuật thì 2				Ngày 1	21,2
				Ngày 3	24,0
				Ngày 7	29,7

Khi đánh giá cảm giác thần kinh, khám kiểm tra sau nhổ răng xác nhận bệnh nhân có cảm giác hoàn toàn bình thường tại vùng môi và cằm, không ghi nhận tổn thương TKXOD hay bất kỳ biến chứng nào khác.



Hình 6. Phim toàn cảnh của bệnh nhân sau điều trị nhổ răng chỉnh hình

III. BÀN LUẬN

Phẫu thuật nhổ các răng mọc lệch ngầm nằm sát thần kinh thường tiềm ẩn nguy cơ tổn thương TKXOD – một biến chứng quan trọng với tỉ lệ dao động từ 0,35% đến 8,4%, trong đó tổn thương vĩnh viễn chiếm 0-2%². Dù phần lớn tổn thương là tạm thời, tình trạng rối loạn cảm giác vùng môi và cằm vẫn ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng sống và tâm lý người bệnh. Do đó, việc lựa chọn kỹ thuật nhổ răng phù hợp nhằm giảm thiểu biến chứng là yêu cầu quan trọng trong thực hành lâm sàng.

Kỹ thuật cắt thân răng được áp dụng phổ biến để hạn chế tổn thương thần kinh, đặc biệt ở các răng gần ống TKXOD. Phương pháp này chỉ loại bỏ phần thân răng, giữ lại chân răng không bệnh lý, từ đó giảm thiểu xâm lấn vào vùng thần kinh. Một nghiên cứu lâm sàng ghi nhận 17 trường hợp cắt thân răng cho răng cối hàm dưới, trong đó có 9 trường hợp là răng số 7, không ghi nhận biến chứng thần kinh nào sau thời gian theo dõi trung bình 12 tháng⁹. Tuy nhiên, kỹ thuật này vẫn có thể dẫn đến biến chứng như viêm ổ răng, đau, viêm nha chu hoặc cần can thiệp bổ sung nếu chân răng di chuyển. Trong hai thập kỷ gần đây, phương pháp chỉnh hình trước nhổ răng được đề xuất và phát triển như một giải pháp hiệu quả nhằm kéo răng lệch

ngầm ra khỏi vùng nguy cơ tổn thương thần kinh, tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật. Khí cụ chỉnh nha được sử dụng có thể ở nhiều dạng khác nhau như cung lưỡi hay cung môi với neo chặn có thể là các răng hàm trên hay hàm dưới hay vít¹⁰. Nhiều nghiên cứu có nhóm chứng và tổng quan hệ thống đã ghi nhận hiệu quả rõ rệt của phương pháp này trong việc ngăn ngừa tổn thương TKXOD trong nhổ răng khôn, giúp giảm phù nề, đau sau mổ và cải thiện hồi phục mô mềm^{3,4,5}. Dù các nghiên cứu sử dụng nhiều loại khí cụ chỉnh hình khác nhau, điểm chung là đều ghi nhận giảm phù nề sau phẫu thuật và cải thiện đáng kể tốc độ hồi phục.

Phương pháp nhổ răng chỉnh hình được nghiên cứu và ứng dụng chủ yếu trên răng khôn hàm dưới, nhưng trong những trường hợp hiếm gặp khi RCL2 có vị trí bất thường và nằm gần TKXOD, kỹ thuật này vẫn có thể được áp dụng hiệu quả. Thực tế, trường hợp lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi minh họa rõ điều này, khí cụ chỉnh hình cung lưỡi đã được sử dụng để dịch chuyển RCL2 lệch ngầm ra khỏi vùng TKXOD và bờ hàm dưới, cho phép thực hiện nhổ răng mà không xảy ra biến chứng thần kinh nào. Do đó, dù ít phổ biến, nhổ răng chỉnh hình vẫn là một chiến lược điều trị có thể cân nhắc nghiêm túc đối với các răng khác ngoài răng khôn, đặc biệt là trong các ca có nguy cơ cao về giải phẫu. Một số hạn chế của phương pháp này là thời gian điều trị kéo dài (tối thiểu 3 tháng), đồng thời đòi hỏi sự hợp tác tốt của bệnh nhân cũng như việc phải theo dõi sát sao quá trình di chuyển của răng bằng CBCT để đảm bảo tính chính xác và an toàn của quá trình điều trị. Ngoài ra, khí cụ chỉnh hình dễ gây khó chịu, loét niêm mạc má, lưỡi do vị trí thao tác khó khăn trong miệng, nhưng những vấn đề này thường tự hết sau khi tháo khí cụ. Phương pháp này cũng có chi phí và số lần tái khám cao hơn nhổ trực tiếp.

Trong thực hành lâm sàng, RCL2 thường có vai trò chức năng quan trọng và ít khi phải nhổ bỏ, nhưng khi chỉ định nhổ là bắt buộc chẳng hạn như tổn thương bệnh lý, răng mọc lệch

ngầm không thể bảo tồn, hoặc thất bại điều trị nội nha, đồng thời có mối liên hệ gần với ống thần kinh, nguy cơ biến chứng thần kinh trở nên đáng kể. Trong trường hợp như vậy, việc áp dụng chỉnh hình kéo răng ra khỏi vùng nguy cơ trước phẫu thuật không chỉ giúp giảm thiểu khả năng tổn thương thần kinh mà còn tạo điều kiện phẫu thuật dễ dàng và an toàn hơn. Nhìn chung, phương pháp nhổ răng chỉnh hình mà chúng tôi mô tả đã được phát triển và cải tiến nhiều năm qua, mang lại kết quả điều trị ổn định và rút ngắn đáng kể thời gian điều trị và hồi phục cho bệnh nhân.

IV. KẾT LUẬN

Báo cáo trường hợp này cho thấy phương pháp nhổ răng chỉnh hình là một lựa chọn hiệu quả và an toàn trong xử trí răng cối lớn thứ hai hàm dưới lệch ngàm cắn nhỏ, đặc biệt khi răng nằm gần cấu trúc thần kinh và bờ dưới xương hàm dưới. Việc di chuyển răng ra khỏi vùng nguy cơ đã giúp quá trình nhổ diễn ra thuận lợi, không gây tổn thương thần kinh, đồng thời giảm thiểu biến chứng và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân. Kỹ thuật này nên được cân nhắc trong các ca phức tạp nhằm nâng cao hiệu quả và độ an toàn điều trị. Ngoài ra, cần có thêm các nghiên cứu quy mô lớn để củng cố bằng chứng và tối ưu hóa ứng dụng lâm sàng trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tamer İ, Öztaş E, Marşan G. Up-to-date approach in the treatment of impacted mandibular molars: a literature review. Turk J Orthod. 2020;33(3):183-191.
2. Sangha TK, Sangha SK, Hanna B, Tayab T,

- Padala S. Surgical uprighting of impacted mandibular second molar: a narrative review. J Oral Med Oral Surg. 2021;27(2):28.
3. Motamedi MRK, Heidarpour M, Siadat S, Kalantar Motamedi A, Bahreman AA. Orthodontic extraction of high-risk impacted mandibular third molars in close proximity to the mandibular canal: a systematic review. J Oral Maxillofac Surg. 2015;73(9):1672-1685.
4. Wang Y, He D, Yang C, Wang B, Qian W. An easy way to apply orthodontic extraction for impacted lower third molar compressing to the inferior alveolar nerve. J Craniomaxillofac Surg. 2012;40(3):234-237.
5. Wang Z, Liu Z, Shi Y, Fang D, Li S, Zhang D. A novel orthodontic extraction method for removal of impacted mandibular third molars in close proximity to inferior alveolar nerve. J Oral Maxillofac Surg. 2019;77(8):1575.e1-1575.e6.
6. Pasqualini D, Cocero N, Castella A, Mela L, Bracco P. Primary and secondary closure of the surgical wound after removal of impacted mandibular third molars: a comparative study. Int J Oral Maxillofac Surg. Jan 2005;34(1):52-57.
7. Atkins S, Kyriakidou E. Clinical outcomes of lingual nerve repair. Br J Oral Maxillofac Surg. 2021 Jan;59(1):39-45.
8. Selvi F, Yildirimyan N, Zuniga JR. Inferior alveolar and lingual nerve injuries: an overview of diagnosis and management. Front Oral Maxillofac Med 2022;4:27.
9. Samani M, Henien M, Sproat C. Coronectomy of mandibular teeth other than third molars: a case series. Br J Oral Maxillofac Surg. 2016;54(7):791-795.
10. Ahuja V, Thosar NR, Shrivastav S, Ahuja A. Effect of lingual arch space maintainer on the position of mandibular molars and incisors in the vertical direction during the resolution of mandibular incisors crowding: a systematic review of clinical trials in humans. Int J Clin Pediatr Dent. 2021;14(Suppl 1):76-81.

TƯƠNG QUAN GIỮA HÌNH ẢNH MRI CỘT SỐNG THẮT LƯNG VÀ ĐẶC ĐIỂM DẪN TRUYỀN THẦN KINH CHI DƯỚI TRÊN BỆNH NHÂN ĐAU THẦN KINH TỌA

Đỗ Thị Huệ¹, Tăng Thị Kỳ Ninh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối tương quan giữa hình ảnh MRI cột sống thắt lưng và đặc điểm dẫn truyền thần kinh chi dưới trên bệnh nhân đau thần kinh tọa.

¹Trường Đại học Kinh doanh và công nghệ Hà Nội

²Đại học Phenikaa

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Huệ

Email: dohue.slh@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.6.2025

Ngày duyệt bài: 29.7.2025

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhân được chẩn đoán đau thần kinh tọa một bên, có phim MRI cột sống thắt lưng, được đo dẫn truyền thần kinh tại Phòng thăm dò chức năng - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả và kết luận:** Có mối tương quan giữa số tầng thoát vị đĩa đệm với thời gian tiềm vận động thần kinh chày sau ($p < 0,05$). Không có mối tương quan giữa vị trí chèn ép rễ với dẫn truyền thần kinh chi dưới ($p > 0,05$); **Từ khóa:** Thần kinh tọa; Dẫn truyền thần kinh; MRI.

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN MRI IMAGES OF