

CLINICAL CHARACTERISTICS OF FULL EDENTULOUS PATIENTS TREATED WITH REMOVABLE DENTURES AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO-STOMATOLOGY, HANOI, FROM 2023-2025

Chu Thi Quynh Huong*, Pham Thanh Ha, Nguyen Thi Tuong Nga

National Hospital of Odonto-Stomatology, Hanoi - 40B Trang Thi, Hoan Kiem ward, Hanoi, Vietnam

Received: 22/12/2025

Revised: 29/12/2025; Accepted: 26/02/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and anatomical characteristics of a group of patients with total edentulousness who received total removable dentures at the Department of Prosthetics, National Hospital of Odonto-Stomatology, Hanoi.

Subjects and methods: A descriptive study was conducted on 34 patients with total edentulousness in both jaws, treated during the period 2023-2025. General characteristics and anatomical features related to prosthetics were recorded at the time before treatment.

Results: The average age of the study group was 68.1 ± 15.9 ; the gender distribution was even. The degree of alveolar bone resorption was mainly moderate. The lower jaw had more unfavorable characteristics compared to the upper jaw in terms of alveolar ridge morphology and arch shape.

Conclusion: Patients with total edentulousness were mainly elderly, with many anatomical and functional factors unfavorable for prosthetics, especially in the lower jaw.

Keywords: Complete edentulism, complete removable dentures, clinical characteristics.

*Corresponding author

Email: Quynhhuong@hmu.edu.vn **Phone:** (+84) 903298836 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4416**



ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH MẤT RĂNG TOÀN BỘ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHỤC HÌNH HÀM THÁO LẮP TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI TỪ NĂM 2023-2025

Chu Thị Quỳnh Hương*, Phạm Thanh Hà, Nguyễn Thị Tường Nga

Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội - 40B Tràng Thi, phường Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 22/12/2025

Ngày chỉnh sửa: 29/12/2025; Ngày duyệt đăng: 26/02/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình thái giải phẫu của nhóm người bệnh mất răng toàn bộ được phục hình hàm tháo lắp toàn bộ tại Khoa Phục hình, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả được thực hiện trên 34 người bệnh mất răng toàn bộ hai hàm, điều trị trong giai đoạn 2023-2025. Các đặc điểm chung và đặc điểm giải phẫu liên quan đến phục hình được ghi nhận tại thời điểm trước điều trị.

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $68,1 \pm 15,9$; phân bố giới tính đồng đều. Mức độ tiêu xương sống hàm chủ yếu ở mức độ trung bình. Hàm dưới có nhiều đặc điểm bất lợi hơn so với hàm trên về hình thái sống hàm và hình dáng cung hàm.

Kết luận: Người bệnh mất răng toàn bộ chủ yếu là người cao tuổi, có nhiều yếu tố giải phẫu và chức năng bất lợi cho phục hình, đặc biệt ở hàm dưới.

Từ khóa: Mất răng toàn bộ, hàm tháo lắp toàn bộ, đặc điểm lâm sàng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, tình trạng mất răng toàn bộ là hậu quả thường gặp của sâu răng và bệnh nha chu, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng ăn nhai, phát âm, thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống của người bệnh, đặc biệt ở nhóm người cao tuổi [1]. Riêng tại quận Cầu Giấy (cũ) ở Hà Nội, tỷ lệ mất răng ở người cao tuổi (≥ 60 tuổi) là 88,13%; tỷ lệ sử dụng phục hình tháo lắp là 40,79% [2].

Một nghiên cứu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (2020) trên những người bệnh cao tuổi đến khám và điều trị cho kết quả: tỷ lệ mất răng chung là 85,6%; 22,4% mất răng hàm trên; 26,2% mất răng hàm dưới; 51,4% mất răng cả hai hàm [3]. Nhu cầu điều trị phục hình chủ yếu là phục hình nhiều đơn vị. Tỷ lệ người cao tuổi yêu cầu điều trị phục hình là 71,0% [3]. Như vậy, nhu cầu phục hình tháo lắp là rất cao để đảm bảo chức năng ăn nhai và thẩm mỹ.

Trong thực hành lâm sàng, phục hình hàm tháo lắp toàn bộ vẫn là phương pháp điều trị phổ biến, nhất là tại các cơ sở chuyên khoa tuyến trung ương. Hiệu quả của phục hình hàm tháo lắp toàn bộ phụ thuộc chặt chẽ vào các đặc điểm nhân khẩu học và đặc điểm giải phẫu, lâm sàng ban đầu như mức độ tiêu xương sống hàm, hình thái sống hàm, hình dáng cung hàm, mô mềm và các yếu tố chức năng.

Tuy nhiên, tại Việt Nam hiện nay còn thiếu các nghiên cứu mô tả một cách hệ thống các đặc điểm này ở nhóm người bệnh mất răng toàn bộ. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm nhân khẩu học và đặc điểm giải phẫu, lâm sàng ban đầu của người bệnh mất răng

toàn bộ được phục hình hàm tháo lắp toàn bộ tại Khoa Phục hình, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội giai đoạn 2023-2025, làm cơ sở cho lập kế hoạch điều trị và tiên lượng kết quả phục hình.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 34 người bệnh mất răng toàn bộ hai hàm, đến khám và điều trị tại Khoa Phục hình, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội trong thời gian từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2025.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh mất răng toàn bộ hai hàm, có chỉ định phục hình tháo lắp toàn bộ, đồng ý tham gia nghiên cứu và hợp tác trong quá trình thăm khám.

- Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh có bệnh lý toàn thân nặng ảnh hưởng đến khả năng mang hàm giả, người bệnh có rối loạn thần kinh-cơ ảnh hưởng đến chức năng nhai, người bệnh không hợp tác hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành tại thời điểm trước điều trị nhằm đánh giá các đặc điểm ban đầu của người bệnh mất răng toàn bộ.

2.3. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ người bệnh đạt tiêu chuẩn lựa chọn trong

*Tác giả liên hệ

thời gian nghiên cứu. Cỡ mẫu thực tế thu thập được là 34 người bệnh, đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.4. Các biến số và tiêu chí nghiên cứu

Các biến số được thu thập tại thời điểm trước phục hình, bao gồm: đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới); đặc điểm giải phẫu, lâm sàng ban đầu; mức độ tiêu xương sống hàm; hình thái sống hàm; hình dáng cung hàm; đặc điểm vòm miệng; sự hiện diện của lồi rấn khẩu cái; vị trí điểm bám phanh môi, má và lưỡi; trương lực cơ môi, cơ nhai; đặc điểm nước bọt (lượng và độ nhớt); và đặc điểm lưỡi.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Người bệnh được khám lâm sàng trực tiếp bởi một bác sĩ chuyên khoa phục hình răng theo một quy trình thống nhất. Các đặc điểm nhân khẩu học và giải phẫu, lâm sàng được ghi nhận vào phiếu thu thập số liệu thiết kế sẵn nhằm đảm bảo tính đồng nhất và giảm sai số trong kết quả nghiên cứu.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$). Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ %. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội thông qua theo Quyết định số 1127/QĐ-BVRHMTWHN ngày 26/10/2023.

Tất cả người bệnh đều được giải thích rõ mục tiêu nghiên cứu và tự nguyện tham gia, các thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu (n = 34)

Chỉ số	Nam	Nữ	Chung	p
Tuổi	66,8 ± 17,7	69,4 ± 14,3	68,1 ± 15,9	0,7
Giới	17 (50,0%)	17 (50,0%)	34 (100%)	1,0

Bảng 1 cho thấy người bệnh mất răng toàn bộ được điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội chủ yếu là người cao tuổi, với tuổi trung bình 68,1 ± 15,9 và phân bố giới tính đồng đều.

Bảng 2. Phân bố mức độ tiêu xương sống hàm (n = 34)

Mức độ tiêu xương	Hàm trên	Hàm dưới	p
Loại I	12 (35,3%)	11 (32,4%)	-
Loại II	16 (47,1%)	18 (52,9%)	0,882
Loại III	6 (17,7%)	5 (14,7%)	-

Bảng 2 cho thấy mức tiêu xương sống hàm, phân bố tiêu xương tương tự giữa hàm trên và hàm dưới (loại I, loại II, loại III). Tuy nhiên, không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p = 0,882$.

Bảng 3. Phân bố hình thái sống hàm của đối tượng nghiên cứu (n = 34)

Hình thái sống hàm	Hàm trên	Hàm dưới
Hình đồi	20 (58,8%)	8 (23,5%)
Hình nấm	11 (32,3%)	8 (23,5%)
Sắc cạnh	1 (2,9%)	10 (24,4%)
Phẳng	2 (5,8%)	5 (14,7%)
Sống hàm âm	0	3 (8,8%)

Bảng 3 cho thấy hình thái sống hàm: hàm trên chủ yếu hình đồi (58,8%); hàm dưới có tỷ lệ sắc cạnh, phẳng, âm cao hơn (lần lượt là 24,4%; 14,7%; 8,8%).

Bảng 4. Phân bố hình dáng cung hàm của người bệnh nghiên cứu (n = 34)

Hình dáng cung hàm	Hàm trên	Hàm dưới
Chữ U	13 (38,2%)	2 (5,9%)
Parabol	12 (35,3%)	12 (35,3%)
Biến dạng	9 (26,5%)	20 (58,8%)

Bảng 4 cho thấy phân bố hình dáng cung hàm như sau: ở hàm trên hình dáng chữ U chiếm 38,2%; ở hàm dưới hình dáng cung hàm biến dạng chiếm 58,8%; hình dáng cung hàm chữ U rất thấp cho cả 2 hàm (cùng chiếm 5,9%).

Bảng 5. Phân bố đặc điểm vòm miệng, mô mềm và yếu tố chức năng (n = 34)

Hình dáng cung hàm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vòm miệng	Nông	7 (20,6)
	Trung bình	22 (64,7)
	Sâu	5 (14,7)
Lồi rấn khẩu cái	Có	19 (55,9)
	Không	15 (44,1)
Điểm bám phanh môi-má-lưỡi	Sát dính sống hàm	19 (55,9)
	Trung bình	15 (44,1)
Nước bọt	Lượng ít	9 (26,5)
	Bình thường	25 (73,5)
Độ nhớt nước bọt	Đặc	12 (35,3)
	Loãng	22 (64,7)
Lưỡi	To	9 (26,5)
	Bình thường	25 (73,5)

Tại vòm miệng, mức chủ yếu là trung bình (64,7%), thuận lợi cho bám dính hàm trên; 20,6% sống hàm nông có thể giảm lực bám dính, chú ý làm đủ đường hoàn tất ở phía sau của hàm trên.

Lồi rấn khẩu cái chiếm 55,9%, khi thiết kế nền hàm có thể sẽ phải mài chỉnh trên nền hàm, tránh loét tỳ.

Điểm bám phanh môi-má-lưỡi: có 55,9% bám sát dính - dễ cản trở bờ nền, tăng nguy cơ bật hàm khi vận động.

Phải lấy dấu chức năng lần 2 để lấy rõ được điểm bám này.

Trương lực cơ môi, cơ nhai: đa số ở mức trung bình (73,5%); tăng 14,7% (dễ bật hàm); giảm 11,8%.

Lượng nước bọt ở mức vừa chiếm 73,5%; ít 26,5% (bất lợi cho dính hàm giả); độ nhớt đặc dính chiếm 35,3% so với loãng 64,7% - làm giảm dính bất lợi cho sự bám dính hàm giả.

Lưỡi to chiếm 26,5%, là yếu tố bất lợi quan trọng với hàm dưới; nên mở rộng biên giới nền hàm ở mặt lưỡi.

4. BÀN LUẬN

4.1. Sự phân bố giới tính theo tuổi

Mẫu nghiên cứu có phân bố giới tính hoàn toàn cân bằng (nam 50%, nữ 50%; $p = 1,0$), do đó nguy cơ nhiễu do giới ở thời điểm ban đầu là thấp. Tuổi trung bình chung $68,1 \pm 15,9$ năm; giữa hai giới không khác biệt có ý nghĩa (nam $66,8 \pm 17,7$ so với nữ $69,4 \pm 14,3$; $p = 0,7$) khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi của người bệnh từ 39-90 tuổi là do lựa chọn mẫu trên nhóm người bệnh có nhu cầu làm hàm giả toàn bộ đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, trong khi đó nghiên cứu của Lê Thị Thu Hải và cộng sự ($n = 107$), nữ chiếm ưu thế ở mọi nhóm tuổi (60-64 tuổi: 61,8%; 65-74 tuổi: 63,3%; ≥ 75 tuổi: 58,3%) [3]. Trái lại, mẫu lâm sàng của chúng tôi ($n = 34$) có phân bố giới cân bằng 50-50, tuổi trung bình $68,1 \pm 15,9$, không khác biệt tuổi giữa hai giới ($p = 0,7$). Khác biệt này nhiều khả năng do khung chọn mẫu (cộng đồng người cao tuổi so với đoàn hệ điều trị tại bệnh viện) và phân bố tuổi rộng hơn trong đoàn hệ lâm sàng.

4.2. Đặc điểm hình thái sống hàm và dạng cung hàm

Đặc điểm hình thái sống hàm và dạng cung hàm của người bệnh mất răng hoàn toàn trong nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu trước đó của Nguyễn Thị Thanh Vân và cộng sự [6] về sống hàm dưới cho thấy 98,4% sống hàm dưới có dạng lồi, không ghi nhận trường hợp sống hàm âm. Trong nhóm sống hàm lồi, dạng tam giác chiếm tỷ lệ cao nhất (64,9-71,1%), phản ánh mô hình tiêu xương điển hình, trong đó chiều cao sống nhỏ hơn chiều rộng đáy (98,8%). Kết quả của Mai Hồng Mỹ Uyên và cộng sự về hàm trên [4]: 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 3 dạng: vuông, parabol và tam giác, dạng tam giác chiếm nhiều nhất ở các mốc đo (50-69%), ngoại trừ tại 1/3 trước thì dạng parabol chiếm đa số (53%). Kết quả này phù hợp với đánh giá của Taddei C và cộng sự [8] cho rằng xương hàm dưới tiêu nhiều và tập trung theo hướng xuống dưới - vào trong sau khi mất răng. Trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ sống hàm lồi/hình đồi thấp hơn đáng kể (58,8% ở hàm trên và 23,5% ở hàm dưới), đồng thời xuất hiện các dạng sống sắc cạnh (24,4%) và sống âm (8,8%) chủ yếu ở hàm dưới. Những biến dạng này phản ánh mức độ tiêu xương nặng và phức tạp hơn, phù hợp với đặc điểm giải phẫu và cơ học sống hàm dưới vốn dễ bị biến đổi do lực nhai và cấu trúc xương xốp. Khác biệt có ý nghĩa thống kê được ghi nhận giữa các dạng hình thái sống hàm ($p = 0,002$), khẳng định sự khác nhau về cấu trúc giữa hai cung hàm.

Hàm trên chủ yếu có sống hàm dạng đồi, thuận lợi cho nâng đỡ và lưu giữ hàm giả, trong khi hàm dưới có tỷ lệ cao các

dạng sống hàm sắc cạnh, phẳng và sống hàm âm. Điều này phù hợp với quy luật tiêu xương sinh lý: hàm trên tiêu xương theo hướng hướng tâm, còn hàm dưới tiêu theo hướng ly tâm, làm giảm diện tích và tăng tính di động của nền hàm dưới, phù hợp với đánh giá của Bergman B và cộng sự [10].

Về hình dạng cung hàm, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận cung hàm chữ U (38,2%) và parabol (35,3%) là phổ biến, trong khi biến dạng cung hàm chiếm 58,8% ở hàm dưới, gây thách thức lớn cho việc đạt được lưu giữ và ổn định hàm giả. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Mai Hồng Mỹ Uyên và cộng sự, trong đó chiều rộng cung hàm lớn nhất nằm ở vùng 1/4 sau (88%) và 80% trường hợp có chiều rộng lớn hơn chiều trước-sau, cho thấy vùng sau là vùng nâng đỡ chính quan trọng nhất trong thiết kế nền hàm và phân bố lực nhai [4]. Dạng sống hàm lồi vẫn chiếm ưu thế, tuy nhiên tiêu xương hàm dưới thường phức tạp hơn và có xu hướng hình thành sống sắc cạnh hoặc sống âm. Những trường hợp biến dạng sống hàm cần được xem xét lựa chọn giải pháp phục hình phù hợp như tiểu phẫu mô mềm, tạo hình xương hoặc hàm giả trên implant để cải thiện độ lưu giữ và ổn định.

4.3. Mức độ tiêu xương và hình thái sống hàm

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ tiêu xương loại II chiếm tỷ lệ cao nhất (47,1% ở hàm trên và 52,9% ở hàm dưới), trong khi tiêu xương loại III chiếm tỷ lệ thấp nhất (17,7% và 14,7%). Về hình thái sống hàm, hình đồi chiếm tỷ lệ chủ yếu (58,8%), tiếp theo là hình nắm (32,3%), còn sắc cạnh và sống âm chiếm tỷ lệ thấp hơn (2,9% và 8,8%). Ngược lại, trong nghiên cứu của Nguyễn Phú Hòa, sống hàm chủ yếu ở dạng bầu dục (71,4%), còn dạng tam giác chỉ chiếm 11% và biến dạng chiếm 17,6% [5]. Sự khác biệt này cho thấy nhóm người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ biến dạng cung hàm và sống hàm phức tạp cao hơn, phản ánh tình trạng tiêu xương nghiêm trọng và lâu năm hơn, đặc biệt ở hàm dưới (biến dạng 58,8% so với 17,6% của Nguyễn Phú Hòa [5]). Điều này có ý nghĩa lâm sàng quan trọng: các trường hợp gặp phải biến dạng sống hàm, sắc cạnh hoặc sống âm thường khó lưu giữ hàm giả, dễ gây đau do tập trung lực và yêu cầu xử lý mô nền kỹ thuật hơn.

Về mức độ tiêu xương sống hàm, phần lớn người bệnh thuộc nhóm tiêu xương trung bình. Điều này tương đồng với nhận định của Carlsson G.E (1998), cho rằng sau mất răng lâu năm, tiêu xương ổ răng tiến triển dần và ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng lưu giữ và ổn định của hàm giả. Tuy mức độ tiêu xương không khác biệt rõ giữa hai hàm, nhưng hình thái sống hàm lại cho thấy sự khác biệt đáng kể [9].

4.4. Hình dáng cung hàm

Trong nghiên cứu của chúng tôi, cung hàm chữ U chiếm 38,2%, parabol 35,3% và biến dạng cao nhất ở hàm dưới (58,8%). Trong khi đó Lê Hồ Phương Trang báo cáo hàm dạng tam giác chiếm tỷ lệ đa số cả hai hàm [7]. Sự khác biệt rõ rệt này cho thấy đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi có đặc điểm giải phẫu bất lợi hơn, liên quan đến thời gian mất răng dài hơn, điều kiện mô mềm-cơ-nước bọt kém thuận lợi, thói quen chức năng không ổn định.

4.5. Các yếu tố mô mềm, chức năng

Trong nghiên cứu của chúng tôi: vòm miệng trung bình đến sâu chiếm 79,4%; lồi rấn xuất hiện cao (55,9%); phanh môi-má-lưỡi bám sát đỉnh sống 55,9%; trương lực cơ nhai, cơ

môi trung bình (73,5%); nước bọt loãng 64,7%, đặc 35,3%; lưỡi to 26,5%. Trong khi nghiên cứu của Nguyễn Phú Hòa ghi nhận: vòm miệng sâu 80,4%, tương tự về xu hướng; lồi rấn chỉ chiếm 4,4%, thấp hơn rất nhiều so với 55,9%; nước bọt đặc chiếm 65,1%, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Điều này cho thấy sự khác biệt lớn giữa hai nhóm người bệnh. Tỷ lệ lồi rấn cao và phan bám sát đỉnh sống trong nghiên cứu của chúng tôi gây khó khăn đáng kể khi thiết kế biên giới nền hàm và phân bố lực, trong khi nước bọt loãng và lưỡi to ảnh hưởng mạnh đến lưu giữ và ổn định hàm dưới.

So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Phú Hòa [5], nhóm người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có mức độ biến đổi giải phẫu phức tạp hơn, tỷ lệ biến dạng cung hàm và biến đổi mô mềm cao hơn, phụ thuộc nhiều vào kỹ thuật lấy dấu chính xác, tạo hình mô và điều chỉnh chức năng cơ.

Những khác biệt này giải thích tại sao các trường hợp mất răng toàn bộ lâu năm thường gặp khó khăn lớn trong phục hình, đặc biệt là hàm dưới.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 34 người bệnh mất răng toàn bộ được phục hình hàm tháo lắp toàn bộ tại Khoa Phục hình, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội giai đoạn 2023-2025, chúng tôi rút ra các kết luận sau:

- Người bệnh mất răng toàn bộ chủ yếu là người cao tuổi, với phân bố giới tính đồng đều.

- Mức độ tiêu xương sống hàm chủ yếu ở mức trung bình, hình thái sống hàm và hình dáng cung hàm ở hàm dưới bất lợi hơn rõ rệt so với hàm trên.

- Các yếu tố giải phẫu và chức năng bất lợi như điểm bám phan sát đỉnh sống hàm, lồi rấn khẩu cái, nước bọt ít và lưỡi to gặp với tỷ lệ đáng kể, đặc biệt ảnh hưởng đến phục hình hàm dưới.

- Đánh giá toàn diện các đặc điểm lâm sàng và giải phẫu ban đầu là cơ sở quan trọng để lập kế hoạch điều trị và nâng cao hiệu quả phục hình hàm tháo lắp toàn bộ.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health

by 2030. In Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030, 2022.

- [2] Đào Thị Dung, Trần Ngọc Sơn. Một số yếu tố liên quan đến phục hình răng đã mất của người cao tuổi quận Cầu Giấy, Hà Nội. Tạp chí Khoa học, Đại học Quốc gia Hà Nội, 2017, 33 (1): 98-102.
- [3] Lê Thị Thu Hải và cộng sự. Tình trạng mất răng và nhu cầu điều trị phục hình ở người cao tuổi tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2020, Tạp chí Y học Việt Nam, 2022, 512 (1): 16-19. doi: 10.51298/vmj.512i1.2180
- [4] Mai Hồng Mỹ Uyên và cộng sự. Nghiên cứu đặc điểm hình thái sống hàm trên người bệnh mất răng toàn bộ tại Trường Đại học Y dược Cần Thơ, Tạp chí Y dược học Cần Thơ, 2020, 28: 126-130.
- [5] Nguyễn Phú Hòa. Nhận xét về đặc điểm lâm sàng của người bệnh trong điều trị phục hình toàn hàm. Tạp chí Y học thực hành, 2013, 893 (11): 38-40.
- [6] Nguyễn Thị Thanh Vân, Lê Hồ Phương Trang, Hoàng Tử Hùng. 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, 2007, 11 (2): 62-67.
- [7] Lê Hồ Phương Trang. Hình thái nền tựa của phục hình toàn hàm và ứng dụng thiết kế khay lấy dấu. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 2010.
- [8] Taddei C, Nonclercq J (Biên dịch: Lê Hồ Phương Trang). Phục hình răng tháo lắp toàn phần (Căn bản lâm sàng và kỹ thuật labô). Nhà xuất bản Y học, 2023.
- [9] Carlsson G.E. Clinical morbidity and sequelae of treatment with complete dentures. J Prosthet Dent, 1998, 79 (1): 17-23.
- [10] Bergman B, Carlsson G.E. Clinical long-term study of complete denture wearers. J Prosthet Dent, 1985, 53 (1): 56-61.