

nhân đã được dùng Kali dự phòng thì vẫn có đến 9 bệnh nhân bị hạ Kali, mức độ hạ ở mức nhẹ và trung bình. Do vậy việc đánh giá việc rối loạn Kali máu sẽ bị nhiễu, khó khăn.

V. KẾT LUẬN

Ở các bệnh nhân bị chấn thương sọ não nhẹ và trung bình có thương tổn dập não hoặc các thương tổn phối hợp có dập não thường có rối loạn natri máu, trong đó hạ natri máu là hay gặp nhất. tỷ lệ rối loạn là 47%.

Hạ natri máu xảy ra với bệnh nhân nhiều nhất vào thời điểm từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 4 của bệnh.

Hạ natri máu có thể dẫn đến những thay đổi của hệ thần kinh trung ương như lơ mơ, co giật, hôn mê làm tăng nặng tình trạng bệnh.

Ở bệnh nhân chấn thương sọ não nhẹ và trung bình có rối loạn kali máu, việc dùng kali dự phòng trong thời gian nằm viện là điều cần thiết.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu nhóm nghiên cứu xin khuyến nghị:

Lấy lại xét nghiệm điện giải cho nhóm bệnh nhân có thương tổn dập não ít nhất 1 lần trong quá trình điều trị vào ngày thứ 3 hoặc ngày thứ 4 sau khi nhập viện hoặc khi có các biểu hiện mệt mỏi nhiều, đau đầu tăng, nôn nhiều, lú lẫn, hoặc trước khi ra viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lý Ngọc Liên, Đông Văn Hệ** (2013), Chấn thương sọ não, Nhà xuất bản Y học.
2. **Lý Ngọc Liên, Đông Văn Hệ** (2013), Rối loạn nước và điện giải trong chấn thương sọ não, Chấn thương sọ não, Nhà xuất bản y học.
3. **Nguyễn Việt Quang** (2013), Nghiên cứu sự rối loạn natri huyết tương ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng, Y học thực hành, (886) , 70-73
4. **Pin-On P, Sarinckarinkul A, Puniasawadwong Y, Kacha S, Wilairat D.** Serum electrolyte imbalance and prognostic factors of postoperative death in adult traumatic brain injury patients: A prospective cohort study. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(45):e13081. doi:10.1097/MD.00000000000013081
5. **Wang GH, Yan Y, Shen HP, Chu Z.** The Clinical Characteristics of Electrolyte Disturbance in Patients with Moderate and Severe Traumatic Brain Injury Who Underwent Craniotomy and Its Influence on Prognosis. *J Korean Neurosurg Soc*. 2023;66(3):332-339. doi:10.3340/ikns.2022.0078
6. **Adiaq, U., Vickneshwaran, & Sen, S.K.** (2008). Electrolyte derangements in traumatic brain injury.
7. **Aqha A, Phillips J, Thompson CJ.** Hypopituitarism following traumatic brain injury (TBI). *Br J Neurosurg*. 2007;21(2):210-216. doi:10.1080/02688690701253331
8. **Koenig MA.** Cerebral Edema and Elevated Intracranial Pressure. *Continuum (Minneapolis)*. 2018;24(6): 1588-1602. doi:10.1212/CON.0000000000000665
9. **Tenny S, Patel R, Thorell W.** Mannitol. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; November 14, 2022.

RỐI LOẠN THỰC THỂ VỀ RỐI LOẠN KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM VÀ KHỚP CẢN CỦA HỌC SINH LỚP 10 TRƯỜNG LIÊN CẤP HERMANN GMEINER HÀ NỘI NĂM 2024

Lưu Văn Tường¹, Trương Đình Khởi¹, Đào Thị Dung¹, Phùng Hữu Đại¹, Hà Ngọc Chiêu², Dương Đức Long²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn thực thể về giải phẫu khớp thái dương hàm, khớp cắn của học sinh phổ thông khá phổ biến, cả trong nước và trên thế giới. Tuy nhiên, các bằng chứng còn rất hạn chế tại Việt Nam, đặc biệt là ở học sinh trung học phổ thông. **Mục tiêu:** Mô tả các rối loạn thực thể về giải phẫu khớp thái dương hàm, khớp cắn của học sinh lớp 10 trường liên cấp

Hermann Gmeiner Hà Nội năm 2024. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 151 học sinh lớp 10 trường liên cấp Hermann Gmeiner Hà Nội năm học 2024-2025 (73 nam, 78 nữ). Tình trạng khớp thái dương hàm, khớp cắn được xác định bằng khám lâm sàng. **Kết quả:** Tình trạng bất cân xứng mặt với lệch đường giữa hàm trên chiếm 21,9%, đường giữa hàm dưới chiếm 41%. Giá trị lệch trung bình đường giữa hàm trên $1,50 \pm 0,81$ mm ở nam, ở nữ là $1,29 \pm 0,47$ mm. Giá trị lệch trung bình đường giữa hàm dưới $1,72 \pm 0,86$ mm ở nam, $1,43 \pm 0,66$ mm ở nữ. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (T-test, $p > 0,05$). Rối loạn đau và có tiếng kêu khớp thái dương hàm phải lần lượt chiếm 2,6% và 6,6%, bên trái là 0,7% và 5,9%. Rối loạn lệch lạc khớp cắn: răng khấp khểnh chiếm 37%, 17,2% tình trạng khớp cắn sâu, 21,1% tình trạng khớp cắn chia tầng > 3 mm, 16,6% khớp cắn hở và

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Viện Đào tạo RHM, Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Văn Tường

Email: tuonglv.ump@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.7.2024

Ngày duyệt bài: 8.8.2024

25,9% khớp cắn ngược răng trước và chéo răng sau. Hình dạng cung răng hình oval với 84,8% cung răng trên và 75,5% cung răng dưới. Tương quan theo phân loại Angle chủ yếu loại I cả răng 6 (răng cối lớn thứ nhất) và răng 3 (răng nanh), cả bên phải và bên trái. **Kết luận:** Rối loạn thực thể về giải phẫu khớp thái dương hàm, khớp cắn ở học sinh lớp 10 còn cao. Các triệu chứng rối loạn khớp thái dương hàm âm thầm, triệu chứng đau và tiếng kêu khớp chiếm tỷ lệ nhỏ. Tình trạng sai lệch khớp cắn cao chủ yếu tình trạng răng khấp khểnh, khớp cắn chìa, khớp cắn ngược răng trước và chéo răng sau. **Từ khóa:** Rối loạn thực thể, khớp thái dương hàm, khớp cắn, học sinh lớp 10, trường Hermann Gmeiner Hà Nội

SUMMARY

PHYSICAL DISORDERS OF TEMPOROMANDIBULAR JOINTS AND OCCLUSIONS OF 10TH GRADE STUDENTS AT HERMANN GMEINER HANOI INTER-SCHOOL IN 2024

Introduction: The physical disorders of temporomandibular joints and occlusions are rather common among students both in Vietnam and worldwide. However, its valid evidence is limited, especially among secondary school students. **Objective:** Describe physical disorders of temporomandibular joints and occlusions of 10th-grade students at Hermann Gmeiner Hanoi inter-school in 2024. **Subject and methods:** A cross-sectional study was conducted on 151 10th-grade students at Hermann Interschool Gmeiner for the 2024–2025 academic year, comprising 73 males and 78 females. The temporomandibular joint, and occlusion status were determined by clinical examination. **Results:** Facial asymmetry with upper jaw midline deviation accounts for 21.9%, and lower jaw midline accounted for 41%. The average value of midline deviation of the upper jaw was 1.50 ± 0.81 mm in men, and 1.29 ± 0.47 mm in women. The average midline deviation of the upper jaw was 1.50 ± 0.81 mm in men and 1.29 ± 0.47 mm in women. For the lower jaw, the average midline deviation is 1.72 ± 0.86 mm in men and 1.43 ± 0.66 mm in women. There was no statistically significant difference between men and women ($p > 0.05$). Pain disorders and sounds in the right temporomandibular joint accounted for 2.6% and 6.6%, respectively, and 0.7% and 5.9% for the left. Malocclusion disorder: crooked teeth account for 37%, 17.2% had a deep bite, 21.1% had overbite increased > 3 mm, 16.6% had an open bite and 25.9% overbite of anterior teeth and crossbite of posterior teeth. The dental arch shape was oval with 84.8% of the upper dental arch and 75.5% of the lower dental arch. Correlation according to Angle's classification was mainly type I for both tooth 6 (first molar) and tooth 3 (canine), both right and left. **Conclusions:** The physical disorders of temporomandibular joints and occlusions are rather commonly among students at the 10th grade. There is a need to treat to ensure the physical development of these students.

Keywords: Physical disorders, temporomandibular joint, occlusion, 10th-grade students, Hermann Gmeiner Hanoi inter-school

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp thái dương hàm (TMJ) là một trong những khớp quan trọng nhất trong cơ thể con người do chức năng quan trọng của nó với khớp cắn và hệ thần kinh cơ. Rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) phát sinh từ các cấu trúc khác nhau trong TMJ. Đây là tình trạng ảnh hưởng đến các cơ nhai và toàn bộ cấu trúc vùng TMJ, như hàm dưới, mô cơ, gân, cung răng và tuyến nước bọt, cũng như xương móng và các cơ nối xương móng với xương bả vai và xương ức, cơ cổ. Rối loạn chức năng khớp thái dương hàm được đặc trưng bởi đau khớp và cơ, tiếng kêu khớp và chức năng hàm dưới bị hạn chế¹. TMD được cho là ảnh hưởng đến khoảng 5% đến 15% dân số trưởng thành, nhưng đã có báo cáo rằng các triệu chứng liên quan đến TMD được tìm thấy ở khoảng 50% người trưởng thành². Khớp cắn là một khớp tương đối quan trọng cùng với khớp thái dương hàm tạo nên cấu trúc khuôn mặt. Sai khớp cắn có thể gây ra các vấn đề về giọng nói, khó ăn, thay đổi cấu trúc khuôn mặt, cắn lưỡi và má. Chỉ có 8% trường hợp khớp sai khớp cắn có nguyên nhân rõ ràng, 92% còn lại không rõ nguyên nhân nhưng có thể là do yếu tố môi trường và di truyền³.

Hiện nay tình trạng rối loạn khớp thái dương hàm, lệch lạc khớp cắn đang gặp phải ngày càng gia tăng đặc biệt trong lứa tuổi học sinh, sinh viên. Tại Việt Nam, nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 201 sinh viên răng hàm mặt từ 22 tuổi đến 24 tuổi của Hoàng Anh Đào và cộng sự (2016) thấy có tới 72,6% sinh viên có ít nhất một triệu chứng hoặc dấu chứng thấy TMJ⁴. Hay trong nghiên cứu Hoàng Thị Lê Giang và cộng sự (2023) khảo sát tình trạng lệch lạc khớp cắn của học sinh 12-15 tuổi tại thành phố Vinh thấy rằng theo phân loại của Angle có 76% có lệch lạc khớp cắn⁵. Nguyên nhân không rõ ràng cùng với ảnh hưởng đến thẩm mỹ khiến cho việc phát hiện, dự phòng và có các can thiệp kịp thời để khuôn mặt cân đối, thẩm mỹ và mang lại sự tự tin lứa tuổi này là vô cùng quan trọng. Trường liên cấp Hermann Gmeiner Hà Nội là một ngôi trường đi đầu trong việc chú trọng đến công tác Nha học đường và điều trị dự phòng cho học sinh. Tiến hành nghiên cứu đánh giá ở học sinh là cần thiết để cung cấp các số liệu để điều trị dự phòng, nắn chỉnh, can thiệp sớm cho đối tượng học sinh, thanh thiếu niên.

Vì vậy nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: "*Mô tả các rối loạn thực thể về giải phẫu khớp thái dương hàm, khớp cắn của học sinh lớp 10 trường liên cấp Hermann Gmeiner Hà Nội năm 2024*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Áp dụng phương pháp thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 2-3/2024. Địa điểm: Trường liên cấp Hermann Gmeiner, Số 2 Doãn Kế Thiện, Phường Mai Dịch, Quận Cầu Giấy, Hà Nội.

2.3. Đối tượng nghiên cứu. Học sinh khối lớp 10 đang học tại trường liên cấp Hermann Gmeiner Hà Nội năm học 2024-2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Học sinh khối lớp 10 đang học tại trường liên cấp Hermann Gmeiner và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Học sinh mắc các dị tật bẩm sinh vùng sợ mặt.

2.4. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu. Kỹ thuật chọn mẫu chủ đích, chọn toàn bộ học sinh lớp 10 đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn, đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được phỏng vấn và thăm khám lâm sàng. Cỡ mẫu bao gồm 151 học sinh lớp 10, Trường liên cấp Hermann Gmeiner đã được phỏng vấn và thăm khám lâm sàng. Kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Biến số/chi số/ nội dung/chủ đề nghiên cứu

Biến số nghiên cứu: Tuổi, giới tính, các dấu hiệu cần ghi nhận khi thăm khám. Các đặc điểm lâm sàng của rối loạn khớp thái dương hàm: đau khi sờ khớp – cơ, đường há miệng lệch > 2mm, tiếng kêu khớp. Cơ cắn: hình dạng cung răng, tương quan đường giữa 2 hàm, tương quan răng 3, răng 6 theo phân loại Angle, tình trạng cắn ngược vùng răng trước và cắn chéo vùng răng sau, khớp khểnh răng, khớp cắn sâu, độ cắn chìa, khớp cắn hở.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Quy trình nghiên cứu: Học sinh được khám ở tư thế ngồi thẳng trên ghế, đầu ngả về phía sau, người khám ngồi đối diện quan sát và khám. Mỗi học sinh đều được phỏng vấn bằng bảng câu hỏi

trước khi khám, câu trả lời được điều tra viên điền vào phiếu in sẵn. Quy trình khám sử dụng các dụng cụ khám răng miệng thông thường: gương khám nha khoa, kẹp gấp, thám trâm với nguồn sáng từ các đèn sợi quang học được phát từ đầu gương khám.

2.7. Xử lý số liệu. Các số liệu phân tích và xử lý theo thuật toán thống kê y học. Tất cả các số liệu nghiên cứu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.0 và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Giá trị p được sử dụng để kiểm định sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê. Giá trị $p < 0,05$ mang ý nghĩa thống kê.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Đề cương nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng chấm đề cương của Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội và Ban Giám hiệu Trường liên cấp Hermann Gmeiner đồng ý cho phép tiến hành nghiên cứu. Bản cung cấp thông tin và phiếu tự nguyện tham gia nghiên cứu đã được cha mẹ và học sinh đồng ý. Các thông tin cá nhân được bảo mật và không ghi danh học sinh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm cá nhân		Số lượng (n=151)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	73	48,3
	Nữ	78	51,7
Lớp	10A1	42	27,8
	10A2	41	27,2
	10A3	41	27,2
	10A4	27	17,8

Tỷ lệ giới tính của của học sinh khá đồng đều, nữ chiếm 51,7% và nam chiếm 48,3%. Tỷ lệ học sinh từng lớp 10 có sự khác biệt khi lớp 10A1 cao nhất với 27,8%, thấp nhất là 10A4 với 17,8%.

3.2. Một số đặc điểm rối loạn khớp thái dương hàm, khớp cắn của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Đặc điểm bệnh nhân bất cân xứng mặt theo giới

*Kiểm định T-test

Đặc điểm lâm sàng		Nam n (%)	Nữ n (%)	Tổng n (%)
Lệch đường giữa hàm trên	Có	16 (21,9)	17 (21,8)	33 (21,9)
	Không	57 (78,1)	61 (78,2)	118 (78,1)
Lệch đường giữa hàm dưới	Có	31 (42,5)	31 (39,7)	62 (41,0)
	Không	42 (57,5)	47 (60,3)	89 (59,0)
Tổng		73 (48,3)	78 (51,7)	151 (100)
Giá trị trung bình của tình trạng lệch		Nam	Nữ	Tổng n (%)
Lệch đường giữa hàm trên ($\bar{x} \pm SD$ mm)		1,50 \pm 0,81 mm Min: 1 mm Max: 4 mm	1,29 \pm 0,47 mm Min: 1 mm Max: 2 mm	33 (100) *p>0,05
Lệch đường giữa hàm dưới ($\bar{x} \pm SD$ mm)		1,72 \pm 0,86 mm	1,43 \pm 0,66 mm	62 (100)

	Min: 0,5 mm Max: 4 mm	Min: 0,5 mm Max: 3 mm	*p>0,05
--	--------------------------	--------------------------	---------

Có 21,9% học sinh lớp 10 có lệch đường giữa hàm trên, có tới 41% có lệch đường giữa hàm dưới. Độ lệch lớn nhất là 4mm ở nam và 3mm ở nữ. Không có sự khác biệt giữa độ lệch trung bình đường giữa hàm trên và hàm dưới ở cả nam và nữ với p>0,05.

Bảng 3.3. Phân bố tỷ lệ các triệu chứng thực thể rối loạn khớp thái dương hàm giữa nam và nữ học sinh

Triệu chứng thực thể		Nam n (%)	Nữ n (%)	Tổng n (%)	p*
Khớp thái dương hàm phải đau	Có	2 (2,7)	2 (2,6)	4 (2,6)	0,52
	Không	71 (97,3)	76 (97,4)	147 (97,4)	
Khớp thái dương hàm trái đau	Có	1 (1,4)	0 (0,0)	1 (0,7)	0,48
	Không	72 (98,6)	18 (100,0)	150 (99,3)	
Khớp thái dương hàm phải có tiếng kêu	Có	6 (8,2)	4 (5,1)	10 (6,6)	0,52
	Không	67 (91,8)	74 (94,9)	141 (93,4)	
Khớp thái dương hàm trái có tiếng kêu	Có	4 (5,5)	5 (6,4)	9 (5,9)	1,0
	Không	69 (94,5)	73 (93,6)	142 (94,1)	
Tổng		73 (48,3)	78 (51,7)	151 (100)	

* Kiểm định Fisher's exact test

Các triệu chứng thực thể rối loạn khớp thái dương hàm khá âm thầm. Có 4 trường hợp (2,6%) có tình trạng đau khớp thái dương hàm phải, 1 trường hợp (0,7%) đau khớp thái dương hàm trái. Tình trạng có tiếng kêu khớp thái dương xảy ra ở cả 2 bên với 6,6% bên phải và 5,9% bên trái. Không có sự khác biệt về tình trạng đau và có tiếng kêu khớp thái dương hàm theo giới (p>0,05).

Bảng 3.4. Phân bố tỷ lệ lệch lạc khớp cắn giữa nam và nữ học sinh

Tình trạng lệch lạc		Nam n (%)	Nữ n (%)	Tổng n (%)	p*
Răng khấp khểnh	Có	27 (37,0)	29 (37,2)	56 (37,0)	0,98
	Không	46 (63,0)	49 (62,8)	95 (63,0)	
Khớp cắn sâu	Có	14 (19,2)	12 (15,4)	26 (17,2)	0,53
	Không	59 (80,8)	66 (84,6)	125 (82,8)	
Khớp cắn chìa	Bình thường (2-3 mm)	57 (78,1)	62 (79,5)	119 (78,9)	0,83
	Tăng (>3 mm)	16 (21,9)	16 (20,5)	32 (21,1)	
Khớp cắn hở	Có	10 (13,7)	15 (19,2)	25 (16,6)	0,36
	Không	63 (86,3)	63 (80,8)	126 (83,4)	
Khớp cắn ngược răng trước và chéo răng sau	Có	14 (19,2)	10 (12,8)	24 (25,9)	0,28
	Không	59 (80,8)	68 (87,2)	127 (84,1)	
Tổng		73 (48,3)	78 (51,7)	151 (100)	

* Kiểm định χ^2

Có tới 37% học sinh có tình trạng răng khấp khểnh, tỷ lệ này tương đương ở nam và nữ. 17,2% tình trạng khớp cắn sâu, 21,1% tình trạng khớp cắn chìa tăng >3 mm, 16,6% có tình trạng khớp cắn hở và 25,9% có tình trạng khớp cắn ngược răng trước và chéo răng sau. Không có sự khác biệt về tình trạng lệch lạc khớp cắn ở 2 giới (p>0,05).

Bảng 3.5. Tỷ lệ hình dạng cung răng và tương quan khớp cắn 2 hàm theo phân loại Angle

Hình dạng	Cung răng trên (n, %)		Cung răng dưới (n, %)	
Hình oval	128 (84,8)		113 (75,5)	
Hình tam giác	1 (0,7)		2 (1,3)	
Hình chữ U	22 (14,5)		35 (23,2)	
Tổng	151 (100,0)		151 (100,0)	
Tương quan răng theo phân loại Angle (n=151)	Loại I (n, %)	Loại II (n, %)	Loại III (n, %)	Không xác định (n, %)
Răng 3 bên phải	92 (60,9)	35 (23,2)	23 (15,2)	1 (0,7)
Răng 3 bên trái	90 (59,6)	32 (21,2)	28 (18,5)	1 (0,7)
Răng 6 bên phải	90 (59,6)	30 (19,9)	24 (16,6)	6 (4,0)
Răng 6 bên trái	85 (56,3)	35 (23,2)	27 (17,9)	4 (2,6)

Đa số học sinh lớp 10 có hình dạng cung răng hình oval với 84,8% cung răng trên và 75,5% cung răng dưới. Cung răng hình tam giác và chữ U chiếm tỷ lệ nhỏ. Tương quan theo phân loại Angle chủ yếu loại I cả răng 6 (răng cối lớn thứ nhất) và răng 3 (răng nanh), cả bên phải và bên trái.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, tình trạng lệch 2 hàm tương đối cao với 21,9 % học sinh lớp 10 có lệch đường giữa hàm trên, có tới 41% có lệch đường giữa hàm dưới. Nghiên cứu khá tương đồng so với các nghiên cứu khác về tỷ lệ bất đối xứng trên khuôn mặt dao động từ 11 đến 37% và 50% khi sử dụng phương pháp chẩn đoán chính xác hơn để đánh giá⁶. Lệch hàm dưới cao hơn so với hàm trên cũng có thể được giải thích là do xương hàm dưới phát triển trong một thời gian dài hơn.

Trong nghiên cứu này đó độ lệch lớn nhất là 4mm, bệnh nhân có xương hàm lệch hơn 2 mm và lên đến 4 mm được xác định là có biểu hiện bất đối xứng vừa phải⁷. Hạn chế của nghiên cứu không thực hiện đo độ lệch bằng các phương tiện kỹ thuật cao hơn như X-quang sọ, việc đánh giá còn dựa vào đo đạc lâm sàng có thể sai số thông tin.

Các triệu chứng thực thể rối loạn khớp thái dương hàm trong nghiên cứu còn khá âm thầm. Chỉ có 4 trường hợp (2,6%) có tình trạng đau khớp thái dương hàm phải và chỉ có 1 trường hợp (0,7%) đau khớp thái dương hàm trái. Tình trạng có tiếng kêu khớp thái dương với tỷ lệ 9,9%, 6,6% bên phải và 5,9% bên trái. Tình trạng tiếng kêu khớp thấp hơn so với nghiên cứu của Đỗ Minh Hương (2012)⁸ ở khớp bên trái là 27,9%, bên phải là 29,5%, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Hoàng Anh Đào là 35,5%⁴. Nghiên cứu của Đỗ Minh Hương thấy triệu chứng đau khớp/cơ khi khám chiếm 3,8%⁸, khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi với 2,7%. Có 1 trường hợp đau cả 2 bên khớp thái dương hàm cần được can thiệp sớm.

Kết quả nghiên cứu không thấy có sự khác biệt về tình trạng đau và có tiếng kêu khớp thái dương hàm theo giới ($p>0,05$). Trong nghiên cứu này có 37% học sinh có tình trạng răng khấp khểnh, tỷ lệ này tương đương ở nam và nữ. 17,2% tình trạng khớp cắn sâu, 21,1% tình trạng khớp cắn chìa tăng >3mm, 16,6% có tình trạng khớp cắn hở và 25,9% có tình trạng khớp cắn ngược răng trước và chéo răng sau. Tỷ lệ sai khớp cắn thấp hơn so với các nghiên cứu trước đây với ước tính khoảng 39% đến 93% ở trẻ em

và thanh thiếu niên⁹. Không có sự khác biệt về tình trạng lệch lạc khớp cắn ở 2 giới ($p>0,05$). Đa số học sinh lớp 10 có hình dạng cung răng hình oval với 84,8% cung răng trên và 75,5% cung răng dưới. Tương quan theo phân loại Angle chủ yếu loại I cả răng 6 và răng 3, cả bên phải và bên trái. Sai khớp cắn loại I Angle ở vùng răng cối với 59,6% bên phải, 56,3% bên trái, vùng răng nanh là 60,9% bên phải và 59,6%.

Nghiên cứu của chúng tôi bổ sung thêm các bằng chứng về các rối loạn thực thể về giải phẫu khớp thái dương hàm, khớp cắn của học sinh lớp 10 trường trung học cơ sở. Những số liệu về các rối loạn thực thể về giải phẫu khớp thái dương hàm, khớp cắn của học sinh lớp 10 hiện nay vẫn chưa được nghiên cứu ở Việt Nam. Tuy nhiên, vẫn còn có một số hạn chế nhỏ như cỡ mẫu chưa lớn và nghiên cứu trên còn hạn chế vì chỉ mới nghiên cứu trên học sinh Trường liên cấp Hermann Gmeiner. Cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và đại diện hơn cho các vùng địa lý khác nhau. Mặc dù vậy, nhu cầu điều trị của học sinh vẫn cần được đáp ứng để đảm bảo cho sự phát triển thể lực, tinh thần và thẩm mỹ trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn thực thể về giải phẫu khớp thái dương hàm, khớp cắn ở học sinh lớp 10 còn cao. Các triệu chứng rối loạn khớp thái dương hàm âm thầm, triệu chứng đau và tiếng kêu khớp chiếm tỷ lệ nhỏ. Tình trạng lệch lạc khớp cắn còn cao, chủ yếu là tình trạng răng khấp khểnh, khớp cắn chìa, khớp cắn ngược răng trước và chéo vùng răng sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mélou, C., et al.** Relationship between natural or iatrogenic malocclusions and temporomandibular disorders: A case control study. *Cranio*, 2024. 42(2): p. 206-214.
2. **Li, D.T.S. and Y.Y. Leung.** Temporomandibular Disorders: Current Concepts and Controversies in Diagnosis and Management. *Diagnostics (Basel)*, 2021. 11(3).
3. **Davies, S.J., et al.**, Orthodontics and occlusion. *Br Dent J*, 2001. 191(10): p. 539-42, 545-9.
4. **Hoàng Anh Đào, Trần Xuân Việt Anh, Nguyễn Minh Tâm.** Prevalence of temporomandibular disorders and its relation to malocclusion among odontostomatology students in Hue medical and pharmaceutical university. *Journal of Medicine and Pharmacy*: p. 85-93.
5. **Hoàng Thị Lệ Giang, Nguyễn Gia Kiều Ngân, Văn Thị Nhung.** Tình trạng lệch lạc khớp cắn của học sinh 12-15 tuổi tại thành phố Vinh, Nghệ An. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2023. 527(1B).
6. **Ramirez-Yañez, G.O., et al.**, Prevalence of mandibular asymmetries in growing patients. *Eur*

- J Orthod, 2011. 33(3): p. 236-42.
7. **Masuoka, N., et al.**, Discriminative thresholds of cephalometric indexes in the subjective evaluation of facial asymmetry. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 2007. 131(5): p. 609-13.
8. **Đỗ Minh Hương, Lê Thị Thu Hằng, Bùi Thị Hương Giang.** Khớp cắn và tình trạng khớp thái dương hàm của sinh viên y khoa trường Đại học Y Dược Thái Nguyên. Tạp chí Khoa học và Công nghệ, 2020. 112(12)/2:223-227.
9. **Sicari, F., et al.** Body Image and Psychological Impact of Dental Appearance in Adolescents with Malocclusion: A Preliminary Exploratory Study. Children (Basel), 2023.

ĐÁNH GIÁ BIẾN ĐỔI NỒNG ĐỘ HEPCIDIN HUYẾT TƯƠNG SAU 3 THÁNG ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN TÍNH GIAI ĐOẠN CUỐI

Bùi Văn Tuấn¹, Đặng Thành Chung¹, Lê Việt Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá biến đổi nồng độ Hecpidin huyết tương sau 3 tháng điều trị thiếu máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối. **Đối tượng và phương pháp:** Sử dụng nghiên cứu tiền cứu so sánh biến đổi nồng độ Hecpidin trước và sau điều trị thiếu máu ở 42 bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối và so sánh với 54 người bình thường tương đồng về tuổi và giới tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023. Thu thập đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu, định lượng nồng độ Hecpidin huyết tương trước và sau điều trị. **Kết quả:** Nồng độ Hecpidin trước điều trị cao hơn nhóm chứng với $p < 0,005$, nồng độ Hecpidin sau điều trị thấp hơn trước điều trị với $p < 0,05$. Nồng độ Hecpidin và tỷ lệ tăng Hecpidin ở nhóm Hb không đạt mục tiêu cao hơn nhóm Hb đạt mục tiêu với $p < 0,005$. **Kết luận:** Nồng độ Hecpidin huyết tương tăng cao ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối, sau điều trị thiếu máu làm giảm nồng độ Hecpidin. Tăng nồng độ Hecpidin huyết tương có liên quan đến nồng độ Hemoglobin không đạt mục tiêu điều trị. **Từ khóa:** Bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối, Hecpidin, Thiếu máu.

SUMMARY

ASSESSMENT OF CHANGES IN PLASMA HEPCIDIN CONCENTRATION AFTER 3 MONTHS TREATMENT ANEMIA IN PATIENTS WITH END-STAGE CHRONIC RENAL DISEASE

Objectives: To evaluate the changes in plasma Hecpidin concentration after 3 months of anemia treatment in patients with end-stage chronic renal disease (ESRD). **Subjects and methods:** This prospective study compares the changes in Hecpidin concentration before and after anemia treatment in 42 end-stage chronic kidney disease patients and with 54 healthy individuals matched for age and gender at Military Hospital 103 from January 2022 to December

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Tuấn

Email: btuan.nt12@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.7.2024

Ngày duyệt bài: 7.8.2024

2023. All above patients had measured plasma Hecpidin by ELISA method before and after treatment anemia. **Results:** The pre-treatment Hecpidin concentration was higher than that of the control group ($p < 0,005$). Post-treatment Hecpidin concentration was lower than pre-treatment levels ($p < 0,05$). The Hecpidin concentration and the rate of Hecpidin increase in the group with Hb levels not reaching the target were higher than in the group with target Hb levels ($p < 0,005$). **Conclusion:** Plasma Hecpidin concentration is elevated in end-stage chronic kidney disease patients, and anemia treatment reduces Hecpidin levels. Increased plasma Hecpidin concentration is associated with not achieving target Hemoglobin levels. **Keywords:** End-stage renal disease (ESRD), Hecpidin, Anemia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu là một biến chứng phổ biến và nghiêm trọng ở bệnh thận mạn tính (BTMT) giai đoạn cuối làm tăng biến chứng tim mạch, tăng tỷ lệ tử vong và làm giảm chất lượng cuộc sống [1]. Cơ chế thiếu máu do nhiều yếu tố bao gồm giảm nồng độ Erythropoietin (EPO), thiếu sắt tuyệt đối hoặc thiếu sắt chức năng do tăng nồng độ Hecpidin huyết tương... Thiếu sắt làm giảm hiệu quả điều trị thiếu máu bằng Erythropoietin tái tổ hợp ở bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối [2]. Hecpidin là một peptid do gan tiết ra có vai trò trung tâm điều hoà nồng độ sắt trong huyết tương [4]. Kết quả các nghiên cứu trên thế giới cho thấy nồng độ Hecpidin huyết tương tăng cao ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối. Có nhiều yếu tố làm tăng nồng độ Hecpidin huyết tương ở bệnh nhân BTMT giai đoạn cuối bao gồm thừa sắt, tình trạng viêm, giảm độ thanh thải thận. Hậu quả của tăng nồng độ Hecpidin huyết tương gây thiếu sắt cho quá trình tạo hồng cầu, ảnh hưởng đến kết quả điều trị thiếu máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính và là mục tiêu cần đánh giá và kiểm soát [5],[6]. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá sự biến đổi*