

tăng cường phát triển YHCT.

5.3. Đào tạo và giáo dục. Cần tăng cường đào tạo và phát triển nguồn nhân lực có kiến thức và kỹ năng vững về YHCT, biết kết hợp nhuần nhuyễn YHCT và Y học hiện đại. Đồng thời tăng cường cơ hội, kỹ năng thực hành và trải nghiệm, từ đó giúp người học áp dụng các kiến thức và kỹ năng đã học vào thực tiễn hoạt động chăm sóc sức khỏe người bệnh.

5.4. Tổ chức và liên kết. Cần tạo ra các tổ chức và mạng lưới liên kết để hỗ trợ và thúc đẩy sử dụng YHCT trong phòng và điều trị NCD, bao gồm các tổ chức y tế, các tổ chức nghiên cứu và các tổ chức xã hội.

VI. KẾT LUẬN

Bằng sự kết hợp giữa truyền thống và khoa học, YHCT với những phương pháp điều trị tự nhiên và hiệu quả giúp tối ưu hóa sức khỏe cả về thân thể lẫn tinh thần đang trở thành một nguồn lực quý báu trong việc dự phòng và điều trị NCD. Do vậy, cần thấu hiểu và tôn trọng các giá trị của YHCT, kết hợp chặt chẽ giữa YHCT với Y học hiện đại, ứng dụng công nghệ tiên tiến phối hợp với các kinh nghiệm cổ truyền, phát huy những ưu điểm, khắc phục những hạn chế nhằm phát triển YHCT bền vững là hết sức cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Việt Nam Ministry of Health** (2021). Health statistics yearbook - 2020, Medical Publishing House, Ha Noi.
2. **Thủ tướng chính phủ** (2024). Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn đến năm 2030, tầm nhìn đến năm 2045 (Ban hành kèm theo Quyết định số 89/QĐ-TTg ngày 23/01/2024 của Thủ tướng Chính phủ).
3. **WHO**. Traditional Medicine Global Summit (2023). Term "traditional medicine" here refers to traditional, complementary, integrative medicine/health and well-being systems, <https://www.who.int/initiatives/who-global-traditional-medicine-centre/traditional-medicine-global-summit>.
4. **Nguyễn Tử Siêu (dịch và chú giải)** (2001). Hoàng đế nội kinh Tô văn, NXB Văn hóa - Thông tin, Hà Nội.
5. **Hải Thượng Lãn Ông Lê Hữu Trác** (2005). Hải Thượng y tông tâm lĩnh, NXB Y học, Hà Nội.
6. **Nguyễn Bá Tĩnh** (2004). Tuệ Tĩnh toàn tập, NXB Y học, Hà Nội.
7. **World Health Organization** (2018). Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world.
8. **C. Jansen, J.D. Baker, E. Kodaira và cộng sự** (2021). Medicine in motion: Opportunities, challenges and data analytics-based solutions for traditional medicine integration into western medical practice. Journal of Ethnopharmacology, 267, <https://doi.org/10.1016/j.jep.2020.113477>.

CÁC YẾU TỐ VỀ RĂNG, CUNG RĂNG TRONG QUÁ TRÌNH PHÁT TRIỂN CỦA BỘ RĂNG ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỰ HÌNH THÀNH TƯƠNG QUAN R6 HẠNG II Ở BỘ RĂNG VĨNH VIỄN (NGHIÊN CỨU TRÊN MẪU HÀM)

Trần Thị Bích Vân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Theo phân loại của Angle, tương quan răng cối lớn thứ nhất ở bộ răng vĩnh viễn được chia thành 3 dạng là hạng I, hạng II và hạng III. Trong đó, tương quan R6 hạng I được xem là bình thường và 2 dạng còn lại được xem là bất thường. Theo nhiều nghiên cứu, tương quan R6 hạng II (sai khớp cắn hạng II) là dạng chiếm tỷ lệ khá cao trong dân số. Sự hình thành dạng tương quan này trong quá trình phát triển của bộ răng từ bộ răng sữa (T1) đến hỗn hợp (T2) và vĩnh viễn (T3) là khá phức tạp và liên quan đến nhiều yếu tố bao gồm răng, cung răng, xương hàm, sọ mặt và sự tăng trưởng. Trên thế giới, không có nhiều nghiên cứu dọc thuần túy đánh giá

toàn diện về các yếu tố răng, cung răng ảnh hưởng đến sự thành lập tương quan R6 hạng II ở bộ răng vĩnh viễn và tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào trên người Việt về vấn đề này. Chính vì thế, chúng tôi thực hiện đề tài "Các yếu tố về răng, cung răng trong quá trình phát triển của bộ răng ảnh hưởng đến sự hình thành tương quan R6 hạng II ở bộ răng vĩnh viễn (nghiên cứu trên mẫu hàm)". **Mục tiêu:** Mô tả các đặc điểm về răng, cung răng ở từng giai đoạn T1, T2, T3 và sự tăng trưởng của các yếu tố này từ T1, T2 đến T3 ở nhóm có tương quan R6 hạng II so với nhóm có tương quan R6 hạng I ở bộ răng vĩnh viễn. Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến tương quan R6 hạng II ở bộ răng vĩnh viễn qua phân tích hồi quy logistic. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng nghiên cứu gồm 64 trẻ (128 phần hàm) được theo dõi dọc từ giai đoạn bộ răng sữa (T1) đến bộ răng hỗn hợp (T2) và đến bộ răng vĩnh viễn (T3). Nghiên cứu đánh giá 82 yếu tố về răng, cung răng ở từng giai đoạn T1, T2, T3 và sự tăng trưởng của các yếu tố này ảnh hưởng đến tương quan R6 hạng II ở bộ răng vĩnh viễn. **Kết quả:** So với nhóm có tương quan khớp cắn hạng I bình thường, nhóm sai khớp cắn hạng II có

¹Đại Học Y Dược Tp.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Bích Vân

Email: ttbvan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 9.9.2024

những đặc điểm trên mẫu hàm như có độ cắn chìa lớn và duy trì từ T1-T2-T3; có khoảng E ở hàm dưới nhỏ; liên quan đến dạng mặt phẳng tận cùng RE ở T1 và tương quan R6 ở T2; có cung răng hàm trên hẹp tương đối so với hàm dưới và có chu vi vùng răng sau hàm trên giảm nhiều hơn từ T2-T3. Kết quả phân tích hồi quy logistic cho thấy có 7 yếu tố ảnh hưởng đến sự hình thành tương quan R6 hạng II so với nhóm có tương quan R6 hạng I bình thường ở bộ răng vĩnh viễn lần lượt là: (a) tương quan R6 ở T2 (OR = 6,3); (b) độ cắn chìa ở T1 (OR = 2,11); (c) chiều rộng cung răng vùng RE hàm dưới ở T2 (OR = 1,9); (d) sự thay đổi chiều rộng cung răng vùng R6 hàm dưới từ T2-T3 (OR = 1,75); (e) khe hở răng sữa vùng răng sau hàm trên ở 1 phần hàm (OR = 0,11); (f) khoảng E ở hàm dưới (OR = 0,25) và (g) sự thay đổi chiều rộng cung răng vùng R6 hàm trên từ T2-T3 (OR = 0,3). Từ đó, xây dựng được phương trình hồi quy như sau: $R6(T3) = -23,6 + 1,8a + 0,7b + 0,6c + 0,6d - 2,2e - 1,4f - 1,2g$. **Kết luận:** Tình trạng sai khớp cắn hạng II có những dấu hiệu có thể phát hiện sớm trên mẫu hàm và đây là một hội chứng phức tạp có tính chất đa yếu tố và đa chiều. Kết quả nghiên cứu giúp cho việc phát hiện sớm, chẩn đoán và can thiệp kịp thời sai khớp cắn hạng II dựa vào yếu tố nguyên nhân và can thiệp đa chiều bao gồm cả chiều trước sau lẫn chiều ngang.

Từ khóa: sai khớp cắn hạng II, hồi quy logistic đa yếu tố

SUMMARY

TEETH AND DENTAL ARCHES FACTORS DURING DENTITION DEVELOPMENT AFFECTING THE FORMATION OF CLASS II MOLAR RELATIONSHIP IN PERMANENT DENTITION (RESEARCH ON MODELS)

Background: According to Angle's classification, the first molar relationship in the permanent dentition is divided into three types: class I, class II, and class III. The class I molar relationship is considered normal, while the other two types are considered abnormal. Numerous studies indicate that the class II molar relationship (class II malocclusion) is fairly common in the population. The development of this relationship, from primary (T1) to mixed (T2) and permanent (T3) dentition, is complex and influenced by various factors, including teeth, arches, jaw, craniofacial structures, and growth. Globally, there is a shortage of longitudinal studies evaluating the dental and arch factors that influence the establishment of the class II molar relationship in permanent dentition. In Vietnam, this issue has not yet been scientifically studied. Therefore, we conducted the research titled "Teeth and dental arches factors during dentition development affecting the formation of class II molar relationship in permanent dentition (research on models)". **Objectives:** Describe the characteristics of teeth and dental arches at each stage (T1, T2, T3) and their development from T1, T2 to T3 in the group with class II molar relationship compared to the group with class I molar relationship in permanent dentition. Identify the factors influencing the class II molar relationship in permanent dentition through logistic regression analysis. **Materials and methods:** The

study followed 64 children, evaluating a total of 128 dental arches (64 upper and 64 lower) from primary dentition (T1) through mixed dentition (T2) to permanent dentition (T3). It accesses 82 factors related to teeth and dental arches at each stage (T1, T2, T3) and examined how the growth of these factors affects the molar relationship in permanent dentition. **Results:** Compared to the class I molar relationship group, the class II group showed the following characteristics on dental models: a large overbite that persisted from T1 to T3, a small E space in the mandibular arch, an association with the terminal plane of the deciduous second molar at T1 and the molar relationship at T2, a relatively narrow upper dental arch compared to the lower jaw, and the circumference of the upper posterior dental area decreasing more from T2 to T3. Logistic regression analysis identified seven factors influencing the formation of a class II molar relationship compared to a normal class I relationship in permanent dentition, respectively: (a) Molar relationship at T2 (OR = 6.3); (b) Overbite at T1 (OR = 2.11); (c) Dental arch width in the mandibular second molar deciduous region at T2 (OR = 1.9); (d) Change in dental arch width in the mandibular first molar region from T2 to T3 (OR = 1.75); (e) Gap of posterior deciduous teeth in the maxilla (OR = 0.11); (f) E space in the lower jaw (OR = 0.25) and (g) Change in dental arch width in the upper molar region from T2 to T3 (OR = 0.3). Based on these results, the regression equation is: $R6(T3) = -23,6 + 1,8a + 0,7b + 0,6c + 0,6d - 2,2e - 1,4f - 1,2g$. **Conclusion:** Class II malocclusion has signs that can be detected early on dental models and is a complex syndrome influenced by multifactorial and multidimensional factors. Therefore, early detection, diagnosis, and intervention are crucial. Timely intervention should be based on the underlying causes and should include multi-dimensional approaches, addressing both sagittal and transverse dimensions.

Keywords: class II malocclusion, multifactor logistic regression

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo phân loại của Angle, người được xem là cha đẻ của chỉnh hình răng mặt hiện đại, tương quan răng cối lớn thứ nhất (R6) ở bộ răng vĩnh viễn được chia thành 3 dạng là hạng I, hạng II và hạng III. Trong đó, tương quan R6 hạng I được xem là bình thường và 2 dạng còn lại được xem là bất thường^(1,7). Theo nhiều nghiên cứu, tương quan R6 hạng II (sau đây gọi là sai khớp cắn (SKC) hạng II) là dạng chiếm tỷ lệ khá cao, chiếm khoảng 15-47% dân số tùy thuộc vào chủng tộc. Cụ thể, người Châu Âu da trắng thường chiếm tỷ lệ cao hơn các chủng tộc khác, ở Châu Á và Việt Nam, theo nhiều nghiên cứu, SKC hạng II chiếm tỷ lệ thấp hơn, khoảng 7-25% dân số ở người trưởng thành^(2,5,7).

Sai khớp cắn hạng II nếu được phát hiện, theo dõi và can thiệp đúng thời điểm có thể giúp cho những trường hợp sai hình nhẹ và trung

bình có cơ hội phát triển thành tương quan khớp cắn bình thường, giảm khả năng phải điều trị toàn diện sau này. Để có thể phát hiện sớm và can thiệp đúng thời điểm, đòi hỏi Bác sĩ phải có vốn kiến thức sâu rộng về sự hình thành và các yếu tố ảnh hưởng đến sự hình thành dạng sai khớp cắn này. Từ đó, có thể phát hiện sớm, theo dõi những trường hợp nguy cơ cao, can thiệp đúng thời điểm và điều trị nhằm vào yếu tố nguyên nhân làm tăng khả năng thành công⁽⁵⁾.

Trong quá trình phát triển của bộ răng, tương quan vùng răng sau trải qua nhiều thay đổi từ tương quan mặt phẳng tận cùng răng cối sữa II ở bộ răng sữa đến tương quan R6 ở bộ răng hỗn hợp và ở bộ răng vĩnh viễn. Sự hình thành tương quan R6 là hạng I bình thường hay hạng II, hạng III bất thường trong quá trình phát triển của bộ răng khá phức tạp và liên quan đến nhiều yếu tố bao gồm răng, cung răng, xương hàm, sọ mặt và sự tăng trưởng^(1,3,6). Trên thế giới, không có nhiều nghiên cứu dọc thuần túy đánh giá toàn diện về các yếu tố răng, cung răng ảnh hưởng đến sự thành lập tương quan R6 sau cùng ở bộ răng vĩnh viễn. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào trên người Việt đánh giá các yếu tố răng, cung răng và sự thay đổi các yếu tố này trong quá trình phát triển của bộ răng ảnh hưởng đến sự thành lập tương quan R6. Chính vì thế, chúng tôi thực hiện đề tài "Các yếu tố về răng, cung răng trong quá trình phát triển của bộ răng ảnh hưởng đến sự hình thành tương quan R6 hạng II ở bộ răng vĩnh viễn (nghiên cứu trên mẫu hàm)" với mục tiêu như sau:

1. Phân tích các đặc điểm mô tả trên MH của nhóm có tương quan R6 hạng II ở bộ răng vĩnh viễn so với nhóm có tương quan R6 hạng I.
2. Xác định các yếu tố trên MH ảnh hưởng đến tương quan R6 hạng II ở bộ răng vĩnh viễn qua phân tích hồi quy logistic ở mẫu nghiên cứu trên MH.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mẫu nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm mẫu hàm được chọn từ kho dữ liệu nghiên cứu của 287 trẻ tham gia chương trình "Theo dõi

và chăm sóc răng miệng đặc biệt trong 15 năm (1996-2010)" thực hiện tại Khoa Răng Hàm Mặt, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.

Mẫu nghiên cứu gồm 64 trẻ (128 phần hàm) được theo dõi dọc từ giai đoạn bộ răng sữa (T1) đến giai đoạn bộ răng hỗn hợp (T2) đến giai đoạn bộ răng vĩnh viễn (T3).

Tiêu chuẩn chọn mẫu hàm

Ở T1: Có 20 răng sữa mọc hoàn toàn trên cung hàm và tiếp xúc cắn khớp với răng đối diện.

Ở T2: Có 2 R6 và 4 răng cửa vĩnh viễn mọc hoàn toàn trên mỗi cung hàm và tiếp xúc cắn khớp với răng đối diện, còn đủ các răng nanh và răng cối sữa trên mỗi phần hàm.

Ở T3: Có 28 răng vĩnh viễn mọc hoàn toàn trên mỗi cung hàm và tiếp xúc cắn khớp với răng đối diện (không kể răng số 8).

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu dọc

Phương pháp thu thập số liệu: Nghiên cứu biến số phụ thuộc là tương quan R6 ở bộ răng vĩnh viễn, tất cả những biến số còn lại trên MH đều là biến số độc lập.

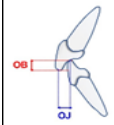
- Biến số phụ thuộc trong nghiên cứu là "Tương quan R6 ở bộ răng vĩnh viễn" được chia thành 2 loại: tương quan R6 hạng I và hạng II theo phân loại của Angle.

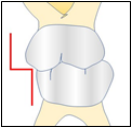
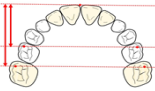
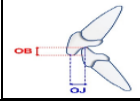
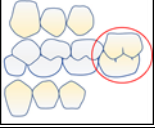

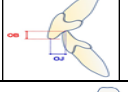
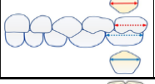

- Biến số độc lập trong nghiên cứu gồm có tổng cộng 82 biến số về kích thước răng, kích thước cung răng, khoảng E và khoảng leeway, tương quan về kích thước răng, cung răng giữa hai hàm ở từng giai đoạn T1, T2 và T3 cũng như sự thay đổi các yếu tố này từ T1 đến T2 và từ T2 đến T3.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Phân tích riêng lẻ từng yếu tố trên mẫu hàm so sánh giữa nhóm hạng I với nhóm hạng II. Trong phần phân tích riêng lẻ từng yếu tố trên MH, mẫu nghiên cứu có tổng cộng 128 phần hàm trong đó nhóm hạng I có 99 phần hàm, nhóm hạng II có 29 phần hàm. Kết quả phân tích sẽ so sánh giữa nhóm hạng I với nhóm hạng II nhằm đưa ra những đặc tính mô tả của nhóm có SKC hạng II so với nhóm bình thường.

Bảng 1: Kết quả phân tích riêng lẻ từng yếu tố trên MH của nhóm hạng II so với nhóm hạng I ở T3

Biến số (đơn vị)	Hình minh họa	Hạng I (n=99) TB±ĐLC	Hạng II (n=29) TB±ĐLC
Độ cắn phủ ở T1 (%)		38,3±21,4	53,7±27,9
Độ cắn chìa ở T1 (mm)		1,8±1,1	2,6±1,3
		p<0,001* ^b	

Tương quan MPTC RE ở T1 n (%)	Thẳng		33 (69)	15 (31)
	Bậc xuống gần		65 (87)	10 (13)
	Bậc xuống xa		1 (20)	4 (80)
	p		p=0,001* ^c	
Chiều rộng vùng RE HD ở T2 (mm)		38,9±1,7	39,9±2,4	
		p=0,04* ^a		
Độ cắn chìa ở T2 (mm)		2,5±1,2	3,6±2,3	
		p=0,001* ^b		
Tương quan R6 ở T2 n (%)	Hạng I		40 (95)	2 (5)
	Hạng II 50%		59 (72)	23 (28)
	Hạng II 100%		0 (0,0)	4 (100,0)
	p		p<0,001* ^c	
Δ rộng vùng RE HD từ T1-T2 (mm)		1,9±1,2	2,5±1,4	
		p=0,02* ^b		
Độ cắn chìa ở T3 (mm)		3,2±1,2	4,1±2,1	
		p=0,01* ^a		
Khoảng E HD (mm)		2,6±0,5	2,4±0,5	
		p=0,02* ^b		
Δ chu vi vùng răng sau HT (mm) từ T2-T3		-0,3±1,2	-0,8±1,2	
		p=0,03* ^a		

Kết quả phân phân tích đặc điểm mô tả trên MH theo bảng cho thấy cho thấy so với nhóm có tương quan khớp cắn hạng I bình thường, nhóm có SKC hạng II có những đặc điểm trên MH về răng và tương quan răng cụ thể như sau:

- Có độ cắn chìa lớn và tình trạng này duy trì trong toàn bộ quá trình phát triển của bộ răng. Theo nhiều tác giả, độ cắn chìa lớn ở bộ răng sữa là dấu hiệu sớm của sai biệt hai cung răng theo chiều trước sau và tình trạng này hầu như không cải thiện theo thời gian.

- Có khoảng E ở HD nhỏ hơn, liên quan đến MPTC RE ở bộ răng sữa cũng như tương quan ban đầu của R6 ở bộ răng hỗn hợp.

- Đối với tương quan vùng răng sau, kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm có tương quan R6 hạng II có khoảng E (là sự chênh lệch giữa kích thước gần xa RE và R5 vĩnh viễn thay thế tương ứng) ở HD nhỏ hơn nhóm bình thường. Đồng thời, tương quan RE ở bộ răng sữa và tương quan ban đầu của R6 ở bộ răng hỗn hợp đều có liên quan với tương quan R6 hạng II ở bộ răng vĩnh viễn. Những trường hợp MPTC RE dạng bậc xuống xa ở bộ răng sữa và tương quan R6 hạng II 100% ở bộ răng hỗn hợp hầu hết sẽ chuyển thành tương quan R6 sau cùng hạng II.

- Về chiều rộng cung răng, so với nhóm có tương quan R6 hạng I, nhóm SKC hạng II có chiều ngang cung răng HT nhỏ tương đối so với HD. Đối với kích thước chiều rộng cung răng, nhóm SKC hạng II có tình trạng bất hòa kích thước theo chiều ngang giữa cung răng HT và cung răng HD với chiều rộng cung răng HT nhỏ hơn trong khi chiều rộng cung răng HD lớn hơn so với nhóm bình thường, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của McNamara, Baccetti, Barros...^(2,3,5). Ngoài ra, xu hướng tăng trưởng kích thước chiều rộng cung răng của HT và HD cũng trái ngược nhau. Trong khi chiều rộng cung răng HD có xu hướng gia tăng nhiều hơn nhóm bình thường thì chiều rộng cung răng HT lại gia tăng ít hơn trong quá trình tăng trưởng.

- Đối với những kích thước khác của cung răng, nhóm SKC hạng II có chu vi vùng răng sau HT giảm nhiều hơn nhóm hạng I từ bộ răng hỗn hợp đến bộ răng vĩnh viễn. Điều này cho thấy R6 HT di gần nhiều hơn ở nhóm hạng II và vấn đề này cũng đã được nhiều nghiên cứu đề cập^(3,5,6). Theo thuyết di gần muộn, tương quan R6 bình thường hạng I được hình thành một phần là do R6 HD đi gần vào khoảng leeway nhiều hơn so với R6 HT. Tuy nhiên, kết quả của nghiên cứu này

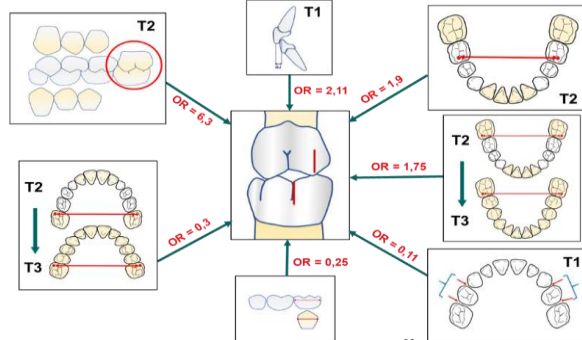
cho thấy sự di gần của R6 HD như nhau giữa hai nhóm trong khi sự di gần của R6 HT vào khoảng leeway mới là yếu tố ảnh hưởng đến sự hình thành và phát triển tương quan R6 sau cùng⁽⁷⁾.

Phân tích hồi quy logistic đa yếu tố trên mẫu hàm ảnh hưởng đến tương quan R6

Bảng 2: Kết quả phân tích hồi quy logistic trên mẫu hàm của nhóm hạng II ở T3.

STT	Yếu tố	Ký hiệu	OR	p	KTC 95%
1	Tương quan R6 ở T2 là hạng II 50%	a	6,3	0,04	1,08-37,35
2	Độ căn chia ở T1	b	2,11	0,008	1,22-3,67
3	Chiều rộng cung răng vùng RE HD ở T2	c	1,9	0,002	1,26-2,81
4	Sự thay đổi chiều rộng vùng R6 HD từ T2-T3	d	1,75	0,03	1,06-2,88
5	Sự thay đổi chiều rộng vùng R6 HT từ T2-T3	e	0,3	0,002	0,14-0,64
6	Khoảng E một bên phần hàm ở HD	f	0,25	0,03	0,07-0,87
7	Khe hở răng sữa vùng R sau HT ở 1 phần hàm	g	0,11	0,007	0,02-0,54

Kết quả phân tích hồi quy logistic theo bảng 2 cho thấy có 7 yếu tố trên MH ảnh hưởng đến tương quan R6 hạng II 50% so với nhóm R6 hạng I bình thường ở bộ răng vĩnh viễn.



Hình 1: Các yếu tố trên mẫu hàm ảnh hưởng đến tương quan R6 hạng II

Tất cả yếu tố trên đều khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm với $p < 0,05$ và từng yếu tố ảnh hưởng được diễn giải cụ thể như sau:

- a) Khi tương quan R6 là hạng II 50% ở T2 thì khả năng tương quan R6 ở bộ răng vĩnh viễn là hạng II 50% tăng 6,3 lần.
- b) Khi độ căn chia ở T1 tăng 1mm thì khả năng tương quan R6 ở bộ răng vĩnh viễn là hạng II 50% tăng 2,11 lần.
- c) Khi chiều rộng cung răng vùng RE HD ở T2 tăng 1mm thì khả năng tương quan R6 ở bộ răng vĩnh viễn là hạng II 50% tăng 1,9 lần.
- d) Khi chiều rộng cung răng vùng R6 HD từ T2 đến T3 tăng 1mm thì khả năng tương quan R6 ở bộ răng vĩnh viễn là hạng II 50% tăng 1,75 lần.
- e) Khi chiều rộng cung răng vùng răng 6 HT từ T2 đến T3 tăng 1mm thì khả năng tương quan R6 ở bộ răng vĩnh viễn là hạng II 50% giảm 70%.
- f) Khi khoảng E một bên phần hàm ở HD tăng 1mm thì khả năng tương quan R6 ở bộ răng vĩnh viễn là hạng II 50% giảm 75%.

hạng II. Từ phân tích riêng lẻ các yếu tố trên MH ở phần trên, chúng tôi chọn ra những yếu tố có mức ý nghĩa $p < 0,2$ để đưa vào phân tích hồi quy logistic, kết quả nghiên cứu chọn được tổng cộng 26 yếu tố vào phân tích hồi quy logistic đa yếu tố trên MH và có kết quả như bảng sau:

g) Khi khe hở răng sữa vùng R sau HT ở 1 phần hàm tăng 1mm thì khả năng tương quan R6 ở bộ răng vĩnh viễn là hạng II 50% giảm 89%.

Từ phân tích hồi quy logistic đa yếu tố trên MH, kết quả đã xây dựng được phương trình hồi quy về tương quan R6 hạng II ở T3 như sau:

$$R6 (T3) = -23,6 + 1,8a + 0,7b + 0,6c + 0,6d - 2,2e - 1,4f - 1,2g$$

IV. ỨNG DỤNG KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU TRONG CHỈNH HÌNH RĂNG MẶT

Kết quả trên có thể được ứng dụng trong CHRМ cụ thể trong phát hiện sớm, trong chẩn đoán và trong điều trị can thiệp những trường hợp SKC hạng II. Dựa trên kết quả nghiên cứu này, tình trạng sai khớp cắn hạng II có những dấu hiệu có thể phát hiện sớm trên MH ở bộ răng sữa như độ căn chia, vị trí RE HT theo chiều trước sau, khe hở răng sữa vùng răng sau HT ở một phần hàm là những yếu tố mang tính chất cảnh báo và được xem là dấu hiệu sớm của tình trạng sai khớp cắn hạng II. Trong chẩn đoán, SKC hạng II là một hội chứng phức tạp liên quan nhiều yếu tố về răng, cung răng và sự tăng trưởng các yếu tố trên trong quá trình phát triển của bộ răng. Thêm vào đó, SKC hạng II không chỉ sai biệt theo chiều trước sau mà còn sai biệt theo nhiều cả chiều ngang của cung răng. Từ kết quả trên có thể ứng dụng trong điều trị SKC hạng II cụ thể không chỉ can thiệp sai biệt theo chiều trước sau như vẫn đề cập trong y văn mà cần phải chú trọng can thiệp sai biệt theo chiều ngang, chiều đứng...

V. KẾT LUẬN

Kết quả của nghiên cứu đã đưa ra được: Tình trạng sai khớp cắn hạng II có những dấu hiệu có thể phát hiện sớm trên mẫu hàm và đây là một hội chứng phức tạp có tính

chất đa yếu tố và đa chiều, vì thế cần chú trọng phát hiện sớm, chẩn đoán và can thiệp kịp thời dựa vào nguyên nhân và can thiệp đa chiều bao gồm cả chiều trước sau lẫn chiều ngang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đông Khắc Thẩm.** Chỉnh hình răng mặt. Nhà xuất bản Y học TP. Hồ Chí Minh; 2004.
2. **Arya B, Savara B, Thomas D.** Prediction of first molar occlusion. American Journal of Orthodontics & Dentofacial Orthopedics. 1973; 63(6):610-621.
3. **Baccetti T, Franchi L, McNamara JAJ, Tollaro I.** Early dentofacial features of Class II malocclusion: a longitudinal study from the deciduous through the mixed dentition. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1997;111(5):502-9.
4. **Barros SE, Chiqueto K, Janson G, Ferreira E.** Factors influencing molar relationship behavior in the mixed dentition. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2015;148(5):782-92.
5. **McNamara JAJ.** Components of class II malocclusion in children 8-10 years of age. Angle Orthod. Jul 1981;51(3):177-202. doi:10.1043/0003-3219(1981)051<0177:Cocimi>2.0.Co;2
6. **Nanda RS, Khan I, Anand R.** Age changes in the occlusal pattern of deciduous dentition. J Dent Res. 1973;52(2):221-4.
7. **Proffit WR.** Contemporary Orthodontics. 6th ed. Mosby; 2018.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA THỜI GIAN NHÂN ĐÔI CỦA THYROGLOBULIN VỚI TÁI PHÁT, DI CĂN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA SAU ĐIỀU TRỊ

Đặng Duy Cường¹, Chu Văn Tuynh¹, Phạm Văn Thái²,
Bùi Tiến Công², Mai Hồng Sơn³, Lê Ngọc Hà³

TÓM TẮT

Mục đích: Nghiên cứu nhằm đánh giá mối liên quan giữa thời gian nhân đôi của thyroglobulin huyết thanh với tái phát, di căn ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa sau điều trị. **Phương pháp:** 151 bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ và điều trị I-131 tại khoa Y học hạt nhân, Bệnh viện TỰ QUỠ 108 có tái phát, di căn từ 2018 đến 2/2024. Bệnh nhân được coi là có tái phát, di căn khi có tổn thương sau thời gian không bệnh ít nhất 6 tháng hoặc xuất hiện tổn thương mới. Tg được đo ít nhất hai lần khi ức chế TSH bằng liệu pháp thay thế hormone tuyến giáp (TSH \leq 0,5 uIU/ml) để tính thời gian nhân đôi của TgDT trước khi xác định tổn thương tái phát/di căn. Chúng tôi tiến hành phân tích mối quan hệ giữa đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, tình trạng di căn và TgDT. **Kết quả:** Thời gian trung bình của TgDT là 29,3 tháng. Nhóm tuổi từ 55 trở lên có TgDT thấp hơn nhóm dưới 55. Mối liên quan giữa mô bệnh học và TgDT, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy TgDT ở nhóm ung thư thể nang thấp hơn nhóm ung thư thể nhú ($p=0,048$). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TgDT và di căn xa ($p<0,001$). Tiến hành phân tích dưới nhóm cũng cho thấy nhóm di căn xương có thời gian TgDT thấp hơn nhóm di căn phổi và di căn trung thất ($p<0,05$). **Kết luận:** TgDT có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tái phát, di căn ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa sau điều trị.

Từ khóa: thời gian nhân đôi thyroglobulin, ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, tái phát di căn.

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN THYROGLOBULIN DOUBLING TIME AND RECURRENCE/METASTASES IN PATIENTS WITH DIFFERENTIATED THYROID CANCER POST THERAPY

Objectives: The aim of this study was to evaluate the relationship between thyroglobulin double time and recurrence/metastatic lesions in patients with differentiated thyroid cancer after treatment. **Methods:** 151 patients underwent thyroidectomy and I-131 treatment in department of nuclear medicine, Hospital 108 from 2018 to 2/2024. After treatment, recurrence and metastases were detected in lesions that appear when disease-free for at least 6 months or in new lesions. At least two consecutive Tg measurements under the thyroid hormone replacement therapy (TSH \leq 0,5 uIU/ml) to calculate TgDT before progression. We analyzed the relationship between clinical characteristics, histopathologic type, metastases and TgDT. **Results:** The median of TgDT is 29.3 months. The age group 55 and older has a lower TgDT than the group under 55. In looking for a relationship between histopathology and TgDT, the study seems to show that TgDT in the follicular cancer group is lower than the papillary group ($p=0,048$). There is a statistically significant relationship between TgDT and distant metastasis ($p<0,001$). Subgroup analysis also showed that the bone metastasis group had a lower TgDT time than the lung metastasis and mediastinal metastasis groups ($p<0,05$). **Conclusion:** TgDT has a statistically significant association with recurrence and metastasis in patients with differentiated thyroid cancer after treatment. **Keywords:** thyroglobulin,

¹Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện trung ương quân đội 108

Chịu trách nhiệm nội dung: Đặng Duy Cường

Email: cuongdd@bvubhn.vn

Ngày nhận bài: 26.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024