

HIV/AIDS tại Việt Nam
 5. **Bộ Y tế** (2021). Quyết định 5968/QĐ-BYT ngày 31/12/2021 ban hành Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS.

6. **Đào Đức Giang** (2019). Thực trạng tuân thủ điều trị ARV, một số yếu tố liên quan và hiệu quả can thiệp tại một số phòng khám ngoại trú tại Hà Nội Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học y tế Công cộng.

CÁC YẾU TỐ VỀ RĂNG, XƯƠNG HÀM, SỌ MẶT TRONG QUÁ TRÌNH PHÁT TRIỂN CỦA BỘ RĂNG ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỰ HÌNH THÀNH TƯƠNG QUAN R6 HẠNG II Ở BỘ RĂNG VĨNH VIỄN

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 đánh giá sự ảnh hưởng các yếu tố trên 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, xương hàm, sọ mặt trong quá trình phát triển của bộ răng ảnh hưởng đến sự hình thành tương quan R6 hạng II ở bộ răng vĩnh viễn". **Mục tiêu:** Mô tả các đặc điểm về răng, xương hàm, sọ mặt 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 25 trẻ (50 phần hàm), mỗi trẻ có 3 cặp mẫu hàm ở giai đoạn bộ răng sữa (T1), bộ răng hỗn hợp (T2) và bộ răng vĩnh viễn (T3) và 3 phim sọ nghiêng cùng giai đoạn với mẫu hàm. Trẻ 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 162 biến số về răng, xương hàm và sọ mặt trên phim sọ nghiêng 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 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 những đặc điểm trên phim cụ thể là RE hàm trên ở phía trước nhiều hơn ở T1; Tỷ lệ

chiều dài xương hàm dưới so với xương hàm trên nhỏ hơn; Có tầng mặt giữa lớn hơn, tầng mặt dưới nhỏ hơn làm cho tỉ lệ giữa chiều cao tầng mặt giữa và tầng mặt dưới lớn hơn ở T2 và T3 và tỉ lệ này tăng nhiều từ T2-T3. Kết quả phân tích hồi quy logistic theo bảng cho thấy có ba yếu tố trên phim sọ nghiêng ảnh hưởng đến tương quan R6 hạng II so với nhóm R6 hạng I bình thường ở bộ răng vĩnh viễn. Trong đó, có 2 yếu tố nguy cơ với OR lớn hơn "1" lần lượt là: (a) Vị trí RE hàm trên theo chiều trước sau ở T1 (OR = 1,8) và (b) Tỷ lệ giữa chiều dài xương hàm dưới và chiều dài xương hàm trên ở T2 (OR = 1,29). Một yếu tố bảo vệ với OR < "1" là (c) Sự thay đổi tỉ lệ chiều cao tầng mặt giữa và chiều cao tầng mặt dưới phía trước từ T1 đến T2 (OR = 0,75). Từ phân tích hồi quy logistic đa yếu tố trên PSN, kết quả đã xây dựng được phương trình hồi quy về tương quan R6 hạng II ở T3 như sau: $R6(T3) = 13,2 + 0,6a - 0,3b - 0,3c$. **Kết luận:** Tình trạng sai khớp cắn hạng II có những dấu hiệu có thể phát hiện sớm trên phim sọ nghiêng 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 và không chỉ can thiệp trên răng mà còn phải can thiệp trên cả sự tăng trưởng của xương hàm và sọ mặt.

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

SUMMARY

TEETH, JAW AND CRANIAL-FACIAL SYSTEM FACTORS DURING DENTITION DEVELOPMENT AFFECTING THE FORMATION OF CLASS II MOLAR RELATIONSHIP IN PERMANENT DENTITION

Background: The first molar relationship in permanent dentition, according to Angle, is divided into three classifications: class I, class II, and class III. Class I constitutes a normal molar relationship, while class II and class III are considered abnormal. Studies have indicated that class II molar relationship (class II malocclusion) is fairly common in the population. Its development, from primary (T1) to mixed (T2) and permanent (T3) dentition, is complex and influenced by various factors, including teeth, arches, jaw structures, craniofacial morphology, and their growth patterns. Longitudinal studies exploring these dental and arch factors affecting the establishment of class II malocclusion are scarce globally. And in Vietnam, the scientific evidence on this issue has not yet been studied. Therefore, we conducted this research titled "Teeth, jaw and cranial-facial system factors during

¹Đại Học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Bích Vân

Email: ttbvan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 24.9.2024

dentition development affecting the formation of class II molar relationship in permanent dentition".

Objectives: To describe the characteristics of teeth, jaw, and cranial-facial system at each stage (T1, T2, T3) and their development from T1, T2 to T3 in the group with class II molar relationship, compared to class I group in permanent dentition; and to identify the factors influencing the class II molar relationship in permanent dentition through logistic regression analysis. **Materials and methods:** The study was conducted on 25 children, evaluating a total of 50 dental arch sections from primary dentition (T1) through mixed dentition (T2) to permanent dentition (T3). Each child had a total of 3 pairs of stone models and 3 cephalometric radiographs following 3 stages: primary dentition (T1), mixed dentition (T2), and permanent dentition (T3). The study assessed 162 dental, jaw, and craniofacial variables on cephalometric radiographs at each stage (T1, T2, T3), and examined how the growth of these factors affects the molar relationship in permanent dentition. **Results:** Compared to class I group, the class II group showed following characteristics on cephalometric films: the anterior-posterior location of deciduous second molar is more anterior at T1; the ratio of the length of the lower jaw to the upper jaw is smaller; the middle facial height is larger while the lower facial height is smaller, which makes the ratio between the height of the middle face to the lower face larger in T2 and T3, and this ratio increases significantly from T2-T3. Logistic regression analysis identified three factors influencing the formation of a class II molar relationship, compared to a normal class I relationship in permanent dentition. Among them, there are 2 risk factors with OR greater than "1": (a) The more anteriorly-positioned deciduous second molar at T1 (OR = 1.8) and (b) The length ratio between lower and maxillary jaw at T2 (OR = 1.29). The remaining factor with OR < "1" is (c) the change in the ratio between the middle facial height and lower facial height from T1 to T2 (OR = 0.75). Based on these results, the regression equation is: $R6(T3) = 13.2 + 0.6a - 0.3b - 0.3c$. **Conclusion:** Class II malocclusion has signs that can be detected early on cephalometric radiographs, and it 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 include multi-dimensional approaches, with consideration not only of teeth but also the growth of the jaw and craniofacial system. **Keywords:** class II malocclusion, multifactor logistic regression

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tương quan răng cối lớn thứ nhất (R6) ở bộ răng vĩnh viễn được chia thành 3 dạng theo phân loại của Angle là hạng I, hạng II và hạng III với hạng I được xem là bình thường và 2 dạng còn lại được xem là bất thường⁽¹⁾. Trong đó, 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^(1,6).

Theo nhiều tác giả, sai khớp cắn hạng II nếu được phát hiện sớm và can thiệp đúng thời điểm có thể giúp cho những trường hợp sai hình nhe có cơ hội phát triển thành tương quan khớp cắn bình thường, giảm khả năng phải điều trị toàn diện sau này. Đối với những trường hợp sai hình hạng II nặng hơn, việc phát hiện và can thiệp sớm cũng giúp giảm nhẹ mức độ trầm trọng giúp cho giai đoạn chỉnh nha toàn diện sau này đơn giản hơn thậm chí có thể giảm thiểu khả năng phải can thiệp phẫu thuật xương hàm^(1,4,6).

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^(1,3).

Sự hình thành tương quan R6 là hạng I bình thường hay hạng II, hạng III bắt 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 đánh giá toàn diện về các yếu tố răng, cung răng, xương hàm và sọ mặt 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, xương hàm, sọ mặt 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 ở bộ răng vĩnh viễn. Chính vì thế, chúng tôi thực hiện đề tài "Các yếu tố về răng, xương hàm, sọ mặt trong quá trình phát triển của bộ răng ảnh hưởng đến sự hình thành tương quan R6 hạng II ở bộ răng vĩnh viễn" với mục tiêu như sau:

1. Phân tích các đặc điểm mô tả trên phim sọ nghiêng 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 phim sọ nghiêng ảnh hưởng đến tương quan R6 hạng II ở bộ răng vĩnh viễn qua phân tích hồi quy logistic ở mẫu nghiên cứu trên phim sọ nghiêng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mẫu nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm mẫu hàm (MH) và phim sọ nghiêng (PSN) 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

Được Thành Phố Hồ Chí Minh.

Mẫu nghiên cứu trên MH kết hợp với PSN gồm có 25 trẻ (50 phần hàm), mỗi trẻ có:

- 3 cặp MH ở ba giai đoạn bộ răng sữa, bộ răng hỗn hợp và bộ răng vĩnh viễn, như vậy có tổng cộng 75 cặp MH.

- 3 PSN tương ứng với MH của từng giai đoạn, tổng cộng có 75 PSN.

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).

Tiêu chuẩn chọn PSN. Sau khi chọn MH của 3 giai đoạn, chúng tôi chọn PSN tương ứng với tuổi năm sinh của trẻ trên MH đã được chọn (là ngày lấy dấu đồ mẫu cung răng) để đảm bảo MH và PSN đồng nhất về thời điểm.

Phim được chọn phải có chất lượng tốt, thấy rõ hình ảnh mô cứng, các răng ở tư thế lồng múi tối đa.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu dọc

Phương pháp thu thập số liệu:

- 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.

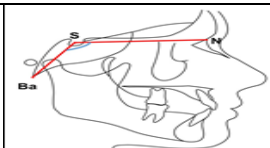
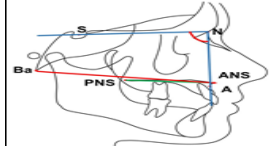


- Biến số độc lập trong nghiên cứu gồm có tổng cộng 162 biến số về răng, xương hàm và sọ mặt trên PSN ở từng giai đoạn T1, T2 và T3 cũng như sự thay đổi các yếu tố này từ T1 đến T2 và từ T2 đến T3. Các biến số được đánh giá bao gồm:

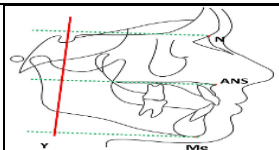
- 1) Nền sọ, góc nền sọ.
- 2) Kích thước, vị trí xương hàm trên (XHT) và xương hàm dưới (XHD).
- 3) Tương quan giữa hai xương hàm (XH).
- 4) Trục răng cửa hàm trên (HT) và hàm dưới (HD).
- 5) Vị trí R sau theo chiều đứng và chiều trước sau (T-S).
- 6) Hướng phát triển của XHT, XHD.
- 7) Chiều cao tầng mặt phía trước và phía sau.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Phân tích riêng lẻ từng yếu tố trên phim sọ nghiêng so sánh giữa nhóm hạng I với nhóm hạng II. Trong phần phân tích riêng lẻ từng yếu tố trên PSN, mẫu nghiên cứu có tổng cộng 48 phần hàm trong đó nhóm hạng I có 36 phần hàm, nhóm hạng II có 12 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=36) TB±ĐLC	Hạng II% (n=12) TB±ĐLC
Góc nền sọ (Ba-S-N) (độ)		130,2 ± 4,4	126,3 ± 5,1
		p = 0,01*^b	
Vị trí XHT/nền sọ (S-N-A) (độ)		82,5 ± 4,1	85,2 ± 3,9
		p = 0,04*^b	
Dài hình chiếu sau XHD (SE) (mm)		22,0 ± 2,9	19,2 ± 2,3
		p = 0,004*^b	
Tỉ lệ dài XHD/XHT (Go-Gn)/(ANS-PNS) (%)		153,1 ± 8,3	147,1 ± 8,9
		p = 0,03*^b	

Cao tầng mặt dưới (TMD) phía trước (ANS-Me) (mm)		67,4 ± 4,1	63,0 ± 6,0
Tỉ lệ cao tầng mặt giữa (TMG)/TMD trước (N-ANS/ ANS-Me) (%)		83,9 ± 6,9	90,7 ± 6,8
		p=0,007*^b	
		p=0,005*^b	

^aKiểm định Mann-whitney, ^bKiểm định t-test, *Khác biệt có ý nghĩa (p < 0,05)

So với nhóm có tương quan khớp cắn hạng I bình thường, nhóm SKC hạng II có những đặc điểm trên phim cụ thể là RE HT ở phía trước nhiều hơn ở T1, tỉ lệ chiều dài XHD so với XHT nhỏ hơn, có TMG lớn hơn, TMD nhỏ hơn làm cho tỉ lệ giữa chiều cao TMG và TMD lớn hơn ở T2 và T3 và tỉ lệ này tăng nhiều từ T2-T3, cụ thể được diễn giải như sau:

- Đối với những đặc điểm về răng, kết quả phân tích từng yếu tố riêng lẻ trên PSN cho thấy RE HT ở phía vị trí trước nhiều hơn ở bộ răng sữa, như vậy chứng tỏ đã có sai biệt theo chiều trước sau về vị trí răng sau trên phim từ bộ răng sữa.

- Về kích thước và tỉ lệ kích thước giữa XHT và XHD, khi phân tích trong mỗi tương quan giữa hai xương hàm, tỉ lệ chiều dài XHD so với XHT nhỏ hơn có ý nghĩa ở nhóm có tương quan R6 hạng II. Trong khi đó, trong phân tích riêng lẻ từng yếu tố, nhóm SKC hạng II có XHT nhỏ ít, XHD ngắn ở cả ba giai đoạn nhưng không khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương đồng với nhiều tác giả cho rằng SKC hạng II thường đi kèm với XHD ngắn^(1,2,3,5,7,8). Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, chiều dài XHD không chênh lệch nhiều so với nhóm bình thường nên khi đánh giá riêng lẻ không khác biệt có ý nghĩa mà khi đánh giá trong tương quan tỉ lệ với XHT sự khác biệt mới có ý nghĩa. Vì vậy thiết nghĩ, cần thiết phải đánh giá kích thước hai xương hàm trong mỗi tương quan với nhau bên cạnh đánh giá riêng từng kích thước xương hàm.

- Về hướng phát triển của XHD, ở giai đoạn bộ răng sữa hướng phát triển đóng hơn nhưng ở giai đoạn T2, T3 hướng phát triển của XHD không khác biệt so với nhóm bình thường. Điều này là do nhóm SKC hạng II có khuynh hướng tăng trưởng mở nhiều hơn nhóm bình thường trong quá trình phát triển từ T2 đến T3. Chính vì thế, ngoài đánh giá hướng phát triển của XHD ở từng giai đoạn cần thiết phải đánh giá trong quá trình tăng trưởng. Về chiều cao mặt, nhiều tác giả cho rằng trẻ có SKC hạng II thường có khuynh hướng mặt dài^(5,8). Trong nghiên cứu này, tổng chiều cao tầng mặt phía trước không khác biệt với nhóm bình thường. Tuy nhiên, khi phân tích riêng từng tầng mặt, kết quả cho thấy ở nhóm hạng II có TMG lớn hơn trong khi TMD nhỏ hơn ở T2 và T3 làm cho tỉ lệ giữa chiều cao TMG và TMD lớn ở T2, T3 và tỉ lệ này tăng nhiều

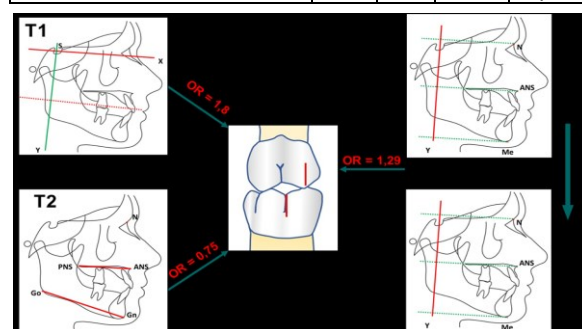
từ T2-T3. Trong khi đó, nhóm hạng I lại có xu hướng ngược lại là TMG nhỏ hơn và TMD lớn hơn.

Như vậy, SKC hạng II không chỉ đơn thuần là sai biệt tương quan R6 theo chiều trước sau mà còn liên quan đến rất nhiều yếu tố răng-cung răng-sọ mặt và liên quan tới cả ba chiều trong không gian, ngoài chiều trước sau còn có chiều ngang (chiều rộng cung răng) và chiều đứng (hướng phát triển, chiều cao tầng mặt...). Đồng thời, khi đánh giá đa yếu tố, ngoài chú trọng đánh giá từng yếu tố và trong từng giai đoạn còn cần phải chú ý đánh giá các yếu tố trong mỗi tương quan với nhau và trong quá trình tăng trưởng.

Phân tích hồi quy logistic đa yếu tố trên mẫu hàm ảnh hưởng đến tương quan R6 hạng II. Từ phân tích riêng lẻ các yếu tố trên PSN trong thống kê mô tả, do số lượng các yếu tố có mức ý nghĩa p < 0,2 nhiều nên chúng tôi đã chọn vào phân tích hồi quy logistic các yếu tố có p < 0,05. Tổng cộng nghiên cứu có 30 yếu tố được chọn vào phân tích hồi quy logistic trên PSN và kết quả như bảng 2 dưới đây:

Bảng 2: Phân tích hồi quy logistic trên phim sọ nghiêng của nhóm hạng II ở T3

Yếu tố	Ký hiệu	OR	p	KTC 95%
Vị trí RE HT theo chiều trước sau ở T1	a	1,8	0,009	1,16-2,83
Sự thay đổi tỉ lệ chiều cao TMG và chiều cao TMD phía trước từ T1 đến T2	b	1,29	0,02	1,05-1,58
Tỉ lệ giữa chiều dài XHD và chiều dài XHT ở T2	c	0,75	0,004	0,61-0,91



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

Kết quả phân tích hồi quy logistic cho thấy có 3 yếu tố trên PSN ảnh hưởng đến tương quan R6 hạng II 50% so với nhóm R6 hạng I bình

thường ở bộ răng vĩnh viễn. Trong đó, có 2 yếu tố nguy cơ với OR lớn hơn "1" lần lượt là: (a) Vị trí RE HT theo chiều trước sau ở T1 (OR = 1,8) và (b) Tỷ lệ giữa chiều dài XHD và chiều dài XHT ở T2 (OR = 1,29). Một yếu tố bảo vệ với OR < "1" là (c) Sự thay đổi tỷ lệ chiều cao TMG và chiều cao TMD phía trước từ T1 đến T2 (OR = 0,75). Tất cả các yếu tố trên đều khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm với $p < 0,05$ và được diễn giải như sau:

a) Vị trí RE HT theo chiều trước sau ở T1 ra trước 1mm thì khả năng tương quan R6 ở bộ răng vĩnh viễn là hạng II 50% tăng 1,8 lần.

b) Sự thay đổi tỷ lệ chiều cao TMG và chiều cao TMD phía trước từ T1 đến T2 tăng 1% thì khả năng tương quan R6 ở bộ răng vĩnh viễn là hạng II 50% tăng 1,29 lần.

c) Tỷ lệ giữa chiều dài XHD và chiều dài XHT ở T2 tăng 1% thì khả năng tương quan R6 ở bộ răng vĩnh viễn là hạng II 50% giảm 25%.

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

$$R6 (T3) = 13,2 + 0,6a - 0,3b - 0,3c$$

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

Kết quả trên có thể được ứng dụng trong CHRM 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 phim sọ nghiêng như vị trí RE HT theo chiều trước sau là yếu tố mang tính chất cảnh báo và được xem là dấu hiệu sớm của tình trạng sai khớp cắn hạng II. Vì thế, trong thăm khám, bác sĩ có thể căn cứ vào những dấu hiệu trên để tư vấn cho phụ huynh về khả năng trẻ có thể có tình trạng SKC hạng II trong tương lai để có kế hoạch theo dõi và can thiệp thích hợp.

Trong chẩn đoán, SKC hạng II là một hội chứng phức tạp liên quan nhiều yếu tố về răng, xương hàm, sọ mặt 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 và chiều đứng của xương hàm, sọ mặt.

Ứng dụng vào việc điều trị can thiệp. Từ kết quả trên, trong điều trị cần phải can thiệp đa yếu tố và đa chiều, không chỉ can thiệp sai biệt theo chiều trước sau như vấn đề cập trong y văn mà cần phải chú trọng cả sai biệt theo chiều

ngang, chiều đứng và can thiệp vào nhiều yếu tố ảnh hưởng.

Trong tất cả những "yếu tố ảnh hưởng" Những yếu tố thuộc về xương hàm gồm có tỷ lệ giữa chiều dài XHD và XHT ở T2 và sự thay đổi tỷ lệ giữa chiều cao TMG và TMD trước từ T1-T2. Trong đó, yếu tố tỷ lệ giữa chiều dài XHD và chiều dài XHT, và cuối cùng là yếu tố chiều đứng của các tầng mặt ít quan trọng hơn.

Như vậy, dựa vào kết quả nghiên cứu này, những trường hợp SKC hạng II cần phải can thiệp:

✓ Theo chiều đứng: kiểm soát sự tăng trưởng theo chiều đứng của XHT, kích thích sự tăng trưởng của XHD theo chiều đứng.

✓ Theo chiều trước sau: kích thích sự phát triển của XHD.

V. KẾT LUẬN

Tình trạng sai khớp cắn hạng II có những dấu hiệu có thể phát hiện sớm trên phim sọ nghiêng 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 và chiều đứng và không chỉ can thiệp trên răng, cung răng mà còn phải can thiệp trên xương hàm và sự tăng trưởng của hệ thống sọ mặt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đông Khắc Thắm.** 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. **Proffit WR.** Contemporary Orthodontics. 6th ed. Mosby; 2018.
7. **Kim YE, Nanda RS, Sinha PK.** Transition of molar relationships in different skeletal growth patterns. Am J Orthod Dentofacial Orthop. Mar 2002;121(3): 280-90. doi:10.1067/mod.2002.119978
8. **Riesmeijer AM, Prah-Andersen B, Mascarenhas AK, Joo BH, Vig KW.** A comparison of craniofacial Class I and Class II growth patterns. Am J Orthod Dentofacial Orthop. Apr 2004;125(4): 463-71. doi:10.1016/j.jado.2003.05.012

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI DỊ ỨNG BẰNG LIỆU PHÁP MIỄN DỊCH DƯỚI LƯỠI MẶT BỤI NHÀ

Trần Thị Thanh¹, Nguyễn Quang Trung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị viêm mũi dị ứng bằng liệu pháp miễn dịch dưới lưỡi mặt bụi nhà. **Phương pháp:** Tổng quan luận điểm. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng cơ sở dữ liệu trên Pubmed, Google Scholar để thực hiện tìm kiếm, sàng lọc các bài báo liên quan, phân tích, tổng hợp, đánh giá kết quả điều trị của liệu pháp miễn dịch dưới lưỡi cho bệnh nhân viêm mũi dị ứng nhạy cảm với dị nguyên mặt bụi nhà. **Kết quả:** 18 bài báo khoa học được đưa vào nghiên cứu, thời gian nghiên cứu 10 năm gần đây, trong đó có 11 nghiên cứu là thử nghiệm lâm sàng có đối chứng (RCT), 5 nghiên cứu tiến cứu, 2 nghiên cứu hồi cứu mô tả với tổng số 9319 bệnh nhân. Liệu pháp miễn dịch đường dưới lưỡi (SLIT) được sử dụng trong các nghiên cứu ở các đơn vị tính khác nhau: 10 nghiên cứu sử dụng dạng viên nén, 8 nghiên cứu sử dụng dạng giọt; thời gian điều trị từ 12 tháng đến 48 tháng, 13 nghiên cứu cho thấy cải thiện điểm triệu chứng(SS) với $p < 0,05$; 5 nghiên cứu cải thiện điểm thuốc (MS) $P < 0,05$; 6 nghiên cứu cải thiện điểm chất lượng cuộc sống (RQLQ) với $p < 0,05$; 4 nghiên cứu cải thiện cải thiện các chỉ số miễn dịch, 15 nghiên cứu đánh giá về an toàn của SLIT. **Kết luận:** Liệu pháp miễn dịch dưới lưỡi mặt bụi nhà là phương pháp điều trị hiệu quả giúp giảm triệu chứng viêm mũi dị ứng, nhu cầu sử dụng thuốc của bệnh nhân; cải thiện chất lượng cuộc sống, chỉ số miễn dịch và an toàn cho cả người lớn và trẻ em mắc viêm mũi dị ứng. **Từ khóa:** Viêm mũi dị ứng, Liệu pháp miễn dịch dưới lưỡi, Mặt bụi nhà

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF TREATMENT FOR ALLERGIC RHINITIS WITH HOUSE DUST MITE SUBLINGUAL IMMUNOTHERAPY

Objectives: Evaluate the results of treating allergic rhinitis with sublingual house dust mite immunotherapy. **Methods:** opinion overview. In this study, we used data on Pubmed and Google Scholar to search, screen related articles, analyze and evaluate the treatment results of sublingual immunotherapy for patients with allergic rhinitis are sensitive to house dust mites. **Results:** 18 eligible scientific studies were included in the review, over the last 10 years, of which 11 were randomized controlled clinical trials, 5 were prospective, and 2 were retrospective. describe each case with a total of 9319 patients. Sublingual immunotherapy was used in studies in different,

standardized units: 10 studies used tablet form, 8 studies used drop form, treatment evaluation period from 12 to 48 months. 13 studies showed improvement in symptom score (SS) with $p < 0.05$, 5 studies improved medication score (MS) $P < 0,05$ 6 studies found an improvement quality of life score (RQLQ) with $p < 0.05$, 4 studies improved immune improvement, 15 studies evaluated the safety of SLIT. **Conclusions:** House dust mite sublingual immunotherapy is an effective treatment in reducing allergic rhinitis symptoms and patient's need for medication; improve quality of life and immune index; it is a safe treatment method for both adults and children with allergic rhinitis. **Keywords:** Allergic rhinitis, house dust mite, sublingual immunotherapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi dị ứng là tình trạng phổ biến ảnh hưởng đến 40% dân số trên toàn thế giới¹. Phương pháp điều trị cơ bản của viêm mũi dị ứng là các chiến lược tránh chất gây dị ứng và liệu pháp dùng thuốc². Tuy nhiên, đối với những bệnh nhân viêm mũi dị ứng không đáp ứng với liệu pháp được lý thì liệu pháp miễn dịch dị ứng đã trở thành một lựa chọn điều trị khả quan. Liệu pháp miễn dịch giúp điều chỉnh hệ thống miễn dịch và được coi là phương pháp điều trị duy nhất có tác dụng lâu dài sau điều trị đối với các bệnh dị ứng. Mục đích của liệu pháp miễn dịch là làm cho bệnh nhân trở nên dung nạp đối với dị nguyên mà họ miễn cảm bằng cách cho tiếp xúc đều đặn với chính những dị nguyên đó. Hiện nay liệu pháp miễn dịch đặc hiệu áp dụng chủ yếu với 2 đường đưa dị nguyên vào cơ thể là đường dưới da (SCIT) và dưới lưỡi (SLIT)^{3,4}. Đường dùng dưới lưỡi ngày càng được ưa chuộng do sự thuận tiện khi sử dụng và độ an toàn cao.

Dị nguyên trong dị ứng đường hô hấp có nhiều loại: bụi bông, lông vũ, phấn hoa... Nhưng mặt bụi nhà (HDM) là một trong những chất gây dị ứng phổ biến nhất trên toàn thế giới với các chủng chính là *Dermatophagoides pteronyssinus* và *Dermatophagoides farinae*⁵. Thuốc SLIT chứa một lượng nhỏ chiết xuất từ mặt bụi nhà nhằm mục đích điều chỉnh phản ứng miễn dịch và đạt hiệu quả lâu dài.

Để có cái nhìn tổng quan về kết quả điều trị của liệu pháp miễn dịch đường dưới lưỡi mặt bụi nhà, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục đích tổng hợp, phân tích đặc điểm, kết quả điều trị của các nghiên cứu trên thế giới sử dụng liệu pháp miễn dịch đường dưới lưỡi để điều trị cho

¹Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung

Email: nguyenguangtrung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 27.9.2024