thường ở người Việt Nam trưởng thành và sự thay đổi của các số đo này giữa hai giới, sự khác biệt về đậm độ nhu mô tụy giữa người bình thường và người có bệnh đái tháo đường. Từ đó có thể hỗ trợ trong việc phát hiện những bất thường của tụy nhằm góp phần giúp các nhà lâm sàng có thể chẩn đoán đúng và đưa ra hướng điều trị kịp thời cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quantitative determination of pancreas size** using anatomical landmarks and its clinical relevance: A systematic literature review (2018) | Steve V. DeSouza | 27 Citations. Accessed August 26, 2024. https://typeset.io/papers/quantitative-determination-of-pancreas-size-using-anatomical-58yy5im4ua
2. **Banks P. A., Bollen T. L., Dervenis C., Gooszen H. G., Johnson C. D., Sarr M. G., et al. (2013),** "Classification of Acute Pancreatitis—2012: Revision of the Atlanta Classification and Definitions by International Consensus". Gut; 62(1): P. 102-11.
3. **Moss AA, Kressel HY.** Computed tomography of the pancreas. Digest Dis Sci. 1977;22(11):1018-1027. doi:10.1007/BF01076205
4. **Haaga JR, Alfidi RJ, Zelch MG, et al.** Computed Tomography of the Pancreas. Radiology. 1976;120(3):589-595. doi:10.1148/120.3.589
5. **Heuck A, Maubach PA, Reiser M, et al.** Age-related morphology of the normal pancreas on computed tomography. Gastrointest Radiol. 1987;12(1):18-22. doi:10.1007/BF01885094
6. **Thảo PTH, Hải DV, Đức VT, Hoàng TM.** Khảo sát kích thước và đậm độ của tụy bình thường ở người việt nam trưởng thành trên x quang cắt lớp vi tính. Published online 2015.
7. **Li L, Wang S, Wang F, Huang G ning, Zhang D, Wang G xian.** Normal pancreatic volume assessment using abdominal computed tomography volumetry. Medicine (Baltimore). 2021;100(34):e27096. doi:10.1097/MD.0000000000027096
8. **Y T, S K**. Age-dependent decline in parenchymal perfusion in the normal human pancreas: measurement by dynamic computed tomography. PubMed. Accessed August 21, 2024. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9700945/
9. **Saisho Y, Butler AE, Meier JJ, et al**. Pancreas volumes in humans from birth to age one hundred taking into account sex, obesity, and presence of type-2 diabetes. Clinical Anatomy. 2007;20(8):933-942. doi:10.1002/ca.20543
10. **Olsen TS.** Lipomatosis of the pancreas in autopsy material and its relation to age and overweight. Acta Pathol Microbiol Scand A. 1978;86A(5):367-373. doi:10.1111/j.1699-0463.1978.tb02058.x

KẾT QUẢ BẢO TỒN TỦY BẰNG BIODENTINE TRÊN RĂNG VIÊM TỦY KHÔNG HỒI PHỤC

Lê Thu Hà[1,2], Trịnh Thị Thái Hà[1], Lê Hồng Vân[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn tủy bằng Biodentine trên răng viêm tủy không hồi phục. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng được thực hiện trên 35 răng có chẩn đoán viêm tủy không hồi phục được chỉ định bảo tồn tủy bằng Biodentine. **Kết quả:** Mức độ đau (theo thang điểm VAS) trước điều trị là 7.71, giảm dần sau điều trị 48h, 1 tháng, 3 tháng lần lượt là 1.2, 0.89 và 0.53, giảm mạnh nhất tại thời điểm 48h. Sau điều trị 1 tháng, tỷ lệ thành công là 34/35 răng (97.1%) và có duy nhất 1/35 răng (2.9%) điều trị thất bại. Sau điều trị 3 tháng, tỷ lệ thành công 32/35 răng (91.4%) và có 3/35 răng (8,6%) điều trị thất bại. **Kết luận:** Tỷ lệ điều trị thành công của bảo tồn tủy bằng Biodentine trên răng viêm tủy không hồi phục sau 3 tháng là 91.4%. ***Từ khoá:*** Bảo tồn tủy, viêm tủy không hồi phục, Biodentine.

[1]Trường Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thu Hà
Email: thuharhm86@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2024
Ngày phản biện khoa học: 16.9.2024
Ngày duyệt bài: 10.10.2024

SUMMARY

EVALUATION OF VITAL PULP THERAPY USING BIODENTINE IN TEETH WITH IRREVERSIBLE PULPITIS

Objective: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of vital pulp therapy using Biodentine in irreversible pulpitis teeth. **Subjects and methods:** A non-controlled clinical study was conducted on 35 teeth diagnosed with irreversible pulpitis, which were indicated for vital pulp therapy using Biodentine. **Results**: The average pain level (according to the VAS scale) was 7.71 prior to treatment, gradually decreasing after the procedure at 48 hours, 1 month, and 3 months to 1.2, 0.89, and 0.53, respectively, with the most significant reduction noted at 48 hours. After one month of follow-up, the success rate was 97.1%, while only 1/35 teeth (2.9%) classified as failure. After three months of follow-up, the success rate was 32/35 teeth (91.4%), with 3/35 teeth (8.6%) classified as failures. **Conclusion**: The success rate of vital pulp therapy using Biodentine in teeth with irreversible pulpitis after 3 months is 91.4%.

Keywords: Vital pulp therapy, Irreversible pulpitis, Biodentine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo quan điểm truyền thống, răng được chẩn đoán viêm tủy không hồi phục được chỉ định điều trị nội nha để loại bỏ hoàn toàn mô tủy. Tuy nhiên, khi thực hiện kỹ thuật lấy tủy toàn bộ, răng sẽ không còn tổ chức nuôi dưỡng và bảo vệ làm cho răng dễ bị gãy vỡ hơn[1]. Tuổi thọ của các răng sau điều trị nội nha giảm đáng kể và hiện tượng này đặc biệt nghiêm trọng ở nhóm răng hàm với chức năng tải lực lớn trong quá trình nhai[2]. Liệu pháp bảo tồn tủy sống được coi là phương pháp điều trị đầy hứa hẹn đối với răng viêm tủy không hồi phục, giúp bảo tồn tối đa mô tủy bằng cách loại bỏ một phần tủy, tùy theo tình trạng bệnh lý tủy.

Các chất che tủy lý tưởng phải có đặc tính không độc hại, kháng khuẩn, chống viêm, hàn kín khít và có khả năng khoáng hóa ngà răng. Biodentine là Canxi silicat tương tự ngà răng, có tác động sinh học tốt trên các tế bào tủy, đã có nhiều báo cáo nghiên cứu chứng minh các hiệu quả đáng ghi nhận trong liệu pháp bảo tồn tủy bằng Biodentine[3]. Bên cạnh đó, với ưu điểm không chứa bismuth oxit Biodentine không làm đổi màu răng, giúp duy trì tính thẩm mỹ cho răng sau điều trị.

Với mong muốn áp dụng phương pháp điều trị mới, phù hợp với xu hướng điều trị xâm lấm tối thiểu và kéo dài tuổi thọ răng, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu: Kết quả bảo tồn tủy bằng Biodentine trên răng viêm tủy không hồi phục.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thiết kế là nghiên cứu lâm sàng không đối chứng, thực hiện trên 35 răng có chẩn đoán viêm tủy không hồi phục được chỉ định bảo tồn tủy bằng Biodentine tại Trung tâm kỹ thuật cao, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội và Khoa Điều trị theo yêu cầu, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. Những răng được lựa chọn vào nghiên cứu thỏa mãn các tiêu chí lựa chọn sau: Răng vĩnh viễn được chẩn đoán viêm tủy không hồi phục; Răng đã đóng chóp hoàn toàn; Thân răng có khả năng phục hồi bằng các phương pháp dán dính trực tiếp và gián tiếp; Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và hợp tác với bác sĩ trong suốt quá trình điều trị. Các tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: Bệnh nhân mắc bệnh toàn thân cấp tính, mãn tính chưa điều trị ổn định; Chảy máu từ tủy không cầm được; Có ống tủy không chảy máu; Bệnh nhân có rối loạn đông máu; Hình ảnh Xquang: có bệnh lý nha chu, nội ngoại tiêu chân răng hoặc canxi hóa buồng tủy/ống tủy.

Phương pháp chọn mẫu được thực hiện là phương pháp chọn mẫu thuận tiện đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trên.

Các đối tượng được lựa chọn được tiến hành can thiệp bảo tồn tủy, thực hiện theo quy trình sau: Gây tê tại chỗ; Đặt đê cao su; Mở lối vào xoang và tạo xoang bằng mũi khoan tròn, sử dụng chất chỉ thị màu để nhuộm màu lớp ngà không có khả năng tái khoáng; Lấy bỏ một lớp mỏng ngà sâu dọc theo thành tổn thương bị nhuộm màu ngà; Bơm rửa bằng dung dịch NaOCL 3%, tủy được lấy bằng mũi khoan kim cương tốc độ cao vô trùng dưới nước làm mát, tủy sống được xác nhận bằng sự hiện diện của mô tủy chảy máu từ tất cả các ống tủy; Phụ thuộc màu sắc, mức độ chảy máu và đánh giá tổn thương bằng dụng cụ quang học phóng đại để lựa chọn lấy tủy buồng một phần hay toàn bộ; Nếu không cầm máu được với các trường hợp lấy tủy một phần, chuyển lấy tủy buồng và cầm máu lần 2; Nếu tiếp tục không cầm máu được sẽ quyết định lấy tủy toàn bộ và loại khỏi nghiên cứu; Đặt Biodentine, hàn lót bằng GIC và phục hồi thân răng bằng Composite.

Tiêu chí đánh giá mức độ đau. Hướng dẫn bệnh nhân mô tả cơn đau của mình bằng lời nói với 4 mức độ: không đau, đau nhẹ, đau trung bình và đau nặng. Bệnh nhân tự đánh giá mức độ đau qua thang đau VAS 0-10 điểm. Ghi lại mức độ đau của bệnh nhân để theo dõi và so sánh giữa các lần khám.

Bảng 2.1. Thang điểm đau đánh giá trực quan VAS

Mức độ	Điểm
Không đau	0
Đau nhẹ	1-3
Đau trung bình	4-6
Đau nặng	7-10

Tiêu chí đánh giá kết quả điều trị

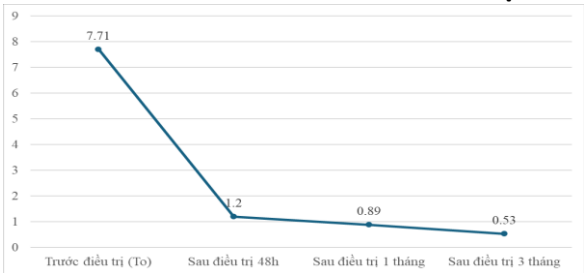
Bảng 2.2. Tiêu chí đánh giá kết quả điều trị

Tiêu chí đánh giá	Lâm sàng	XQuang
Thành công	Không có dấu hiệu đau tự phát; - Không đau khi gõ, ăn nhai, không lung lay; - Thử tủy: Dương tính (trường hợp lấy tủy một phần).	- Không xuất hiện các tổn thương thứ phát kèm theo (nội, ngoại tiêu chân răng, tổn thương chóp răng); - Có hình ảnh lành thương vùng chóp (trường hợp dãn dây chằng/có thấu quang vùng chóp có trước điều trị).
Thất bại	Khi có một trong các dấu hiệu sau:	- Có tổn thương thứ phát kèm theo.

	- Đau kéo dài tự phát hoặc sau khi hết kích thích; - Đau khi gõ, ăn nhai, răng lung lay; - Xuất hiện sưng đau và lỗ dò.	

1 tháng (dựa vào tiêu chí lâm sàng), 3 tháng (dựa vào cả 2 tiêu chí lâm sàng và Xquang)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN



Biểu đồ 3.1. *Mức độ đau theo thang điểm VAS*

Đau được coi là yếu tố thúc đẩy quan trọng nhất khiến bệnh nhân viêm tủy không hồi phục tìm đến điều trị nha khoa. Trong nghiên cứu này, phần lớn các răng ban đầu đều có triệu chứng với cơn đau tự phát hoặc kéo dài nghiêm trọng. Mức độ đau (theo thang điểm VAS) trước điều trị là 7.71, giảm dần sau điều trị 48h, 1 tháng, 3 tháng lần lượt là 1.2, 0.89 và 0.53, giảm mạnh nhất tại thời điểm 48h. Theo Farrar (2001), sự thay đổi 20% giữa hai thời điểm đánh giá trên thang VAS tức là 2 điểm trên thang 0 – 10 được coi là có ý nghĩa lâm sàng [4]. Tương tự kết quả của Taha, sau 2 ngày 93% các trường hợp báo cáo giảm đau hoàn toàn trong khi những trường hợp còn lại báo cáo khó chịu nhẹ với điểm 1–2[5]. Các nghiên cứu mô học đã chỉ ra bằng chứng rằng tình trạng viêm phần lớn chỉ giới hạn ở một vùng tủy nhất định trong vị trí tiếp xúc với tổn thương và vùng tủy thân răng xa vị trí tổn thương cũng như ở chân răng có cấu trúc mô học bình thường răng[6,7]. Liệu pháp bảo tồn tủy bằng cách loại bỏ phần tủy viêm, nhiễm khuẩn giúp giảm áp lực mô tại chỗ, giảm nồng độ chất trung gian gây viêm và cắt đứt các đầu của tế bào thần kinh cảm giác đau, từ đó giải thích sự cải thiện rõ rệt về tình trạng giảm đau sau điều trị.

Trong nghiên cứu này, theo dõi sau điều trị 1 tháng, tỷ lệ thành công là 34/35 răng (97.1%) và có duy nhất 1/35 răng (2.9%) điều trị thất bại. Sau điều trị 3 tháng, tỷ lệ thành công 32/35 răng (91.4%) và có 3/35 răng (8.6%) điều trị thất bại. Phù hợp với kết quả nghiên cứu trong những năm gần đây:

Bảng 3.1. Kết quả điều trị bảo tồn tủy của một số nghiên cứu trên thế giới

Tác giả	Tuổi	Vật liệu	Số lượng răng	Tỉ lệ thành công (%)
Taha & Abdelkhader (2018)[5]	19–69	Biodentine	64	98.4
Rechithra et al. (2021)[8]	16–35	MTA	80	93.75
Zhang et al. (2022)[9]	18–82	MTA	105	90
Taha et al. (2022)[10]	10–70	MTA Biodentine	50 50	91.8 93.3

Nhiều nghiên cứu cho thấy kết quả bảo tồn tủy trên răng vĩnh viễn chẩn đoán viêm tủy không hồi phục trong năm đầu tiên có tỷ lệ thành công cao trên 90%. Và tỷ lệ thành công của Biodentine tương đương với MTA.

Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị

Bảng 3.2. Kết quả điều trị theo tuổi

Tuổi		Kết quả điều trị sau 3 tháng		Tổng n(%)	P
		Thành công n(%)	Thất bại n(%)		
Tuổi	< 20 tuổi	4 (100)	0 (0)	4 (100)	0.649
	20-39 tuổi	23 (92)	2 (8)	25(100)	
	≥ 40 tuổi	5 (83.3)	1 (16.7)	6 (100)	
Tổng		32 (91.4)	3 (8.6)	35(100)	

Sau 3 tháng điều trị, nhóm dưới 20 tuổi có tỷ lệ thành công cao nhất với 100%. Nhóm 20-39 tuổi, cũng đạt tỷ lệ thành công cao 92%, nhóm từ 40 tuổi trở lên có tỷ lệ thành công thấp nhất 83.3%. Điều này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Taha (2022) và Zhang (2022) báo cáo bảo tồn tủy thành công ở những bệnh nhân ở nhiều độ tuổi, đối tượng nghiên cứu có độ tuổi rất rộng từ 10 đến 70[10], từ 18 đến 82 tuổi[9]. Hiệp hội Nội Nha Hoa Kỳ và Hiệp hội Nội nha Châu Âu đều đưa ra quan điểm tuổi tác không được coi là yếu tố rõ ràng hạn chế trong chỉ định can thiệp bảo tồn tủy[11,12].

Bảng 3.3. Kết quả điều trị theo thời gian kiểm soát chảy máu

Thời gian kiểm soát chảy máu	Kết quả điều trị sau 3 tháng		Tổng n(%)
	Thành công n(%)	Thất bại n(%)	
2-4 phút	4 (100)	0 (0)	4 (100)
4-6 phút	21 (91.3)	2 (8.7)	23 (100)
6-10 phút	7 (87.5)	1 (12.5)	8 (100)
Tổng	32 (91.4)	3 (8.6)	35 (100)

Tất cả các răng có thời gian kiểm soát chảy máu 2-4 phút có kết quả điều trị thành công, không có trường hợp thất bại. Nhóm 4-6 phút, cũng đạt tỷ lệ thành công cao chiếm 91.3%, với tỷ lệ thất bại chiếm 8.7%. Trong đó, nhóm 6-10 phút có tỷ lệ thành công thấp nhất chiếm 87.5%, tỷ lệ thất bại chiếm 12.5%. Sự khác biệt về tỷ lệ thành công theo thời gian kiểm soát chảy máu không có ý nghĩa thống kê với p>0.05.

Theo Hiệp hội Nội nha Hoa Kỳ thời gian kiểm soát chảy máu thường đạt được trong 5-10 phút. Trong nghiên cứu này, thời gian kiểm soát chảy máu đạt được chủ yếu trong khoảng 4-6 phút. Một số tác giả đã đưa ra gợi ý thực nghiệm rằng chảy máu tủy có thể được sử dụng như một dấu hiệu lâm sàng của tình trạng viêm tủy. Tuy nhiên mối tương quan giữa thời gian kiểm soát chảy máu và tình trạng viêm tủy, cũng như ảnh hưởng đến kết quả điều trị vẫn chưa rõ ràng.

Bảng 3.4. Kết quả điều trị theo phương pháp bảo tồn tủy

Phương pháp bảo tồn tủy	Kết quả điều trị sau 3 tháng		Tổng n(%)
	Thành công n(%)	Thất bại n(%)	
Lấy tủy buồng toàn bộ	24 (88.9)	3 (11.1)	27 (100)
Lấy tủy buồng một phần	8 (100)	0 (0)	8 (100)
Tổng	32 (91.4)	3 (8.6)	35 (100)

Tỷ lệ điều trị thành công ở cả 2 nhóm lấy tủy buồng toàn bộ và lấy tủy buồng một phần khá cao, lần lượt là 88.9% và 100%. Có 3 trường hợp thất bại đều nhóm lấy tủy buồng toàn bộ. Trong 35 răng, có 27 răng lấy tủy buồng toàn bộ và 8 răng lấy tủy buồng một phần, tỷ lệ thành công lần lượt là 88.9% và 100%. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Lấy tủy buồng toàn phần về mặt kỹ thuật ít khó khăn hơn so với lấy tủy buồng một phần và thuận lợi khi lựa chọn phục hồi thân răng sau cùng. Lấy tủy buồng toàn phần còn có ưu điểm giúp tăng khả năng loại bỏ mô tủy bị nhiễm trùng hơn so với lấy tủy buồng một phần. Ngược lại, việc bảo tồn một phần tủy buồng thân răng có ý nghĩa quan trọng trong quá trình sửa chữa do tủy thân răng có mật độ nguyên bào ngà và lưu lượng máu mao mạch cao hơn so với phần tủy chân răng. Lấy tủy một phần còn cho phép xác định tính sống của tủy thông qua các thử nghiệm tủy, góp phần vào việc đánh giá kết quả sau điều trị. Vì vậy, nên bảo tồn mô tủy thân răng tối đa, đặc biệt ở răng vĩnh viễn chưa trưởng thành.

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ điều trị thành công của bảo tồn tủy bằng Biodentine trên răng viêm tủy không hồi phục sau 3 tháng là 91.4%. Nghiên cứu này bổ sung thêm cơ sở để lựa chọn bảo tồn tủy răng bằng các vật liệu sinh học, trở thành một giải pháp điều trị mới bên cạnh chỉ định điều trị tủy răng toàn bộ truyền thống đối với bệnh nhân có răng được chẩn đoán viêm tủy không hồi phục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Park JS, Jasani B, Patel J, Anthonappa RP, King NM.** Efficacy of Alternative Medicaments for Pulp Treatment in Primary Teeth in the Short Term: A Meta-analysis. J Evid Based Dent Pract. 2019;19(4):101309. doi:10.1016/j.jebdp.2019.01.005
2. **Silva AA, Belladonna FG, Rover G, et al.** Does ultraconservative access affect the efficacy of root canal treatment and the fracture resistance of two-rooted maxillary premolars? Int Endod J. 2020;53(2):265-275. doi:10.1111/iej.13219
3. **Careddu R, Duncan HF**. How does the pulpal response to Biodentine and ProRoot mineral trioxide aggregate compare in the laboratory and clinic? Br Dent J. 2018;225(8):743-749. doi:10.1038/sj.bdj.2018.864
4. **Farrar J, Young J, Lamoreaux L, Werth J, Poole RM.** Farrar JT, Young JP Jr, LaMoreaux L, Werth JL, Poole RM. Clinical importance changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. Pain. 94: 149-158. Pain. 12/01 2001; 94:149-58. doi:10.1016/S0304-3959(01)00349-9
5. **Taha NA, Abdelkhader SZ.** Outcome of full pulpotomy usingbiodentine in adult patients with symptoms indicative of irre-versible pulpitis. Int Endod J 2018;51:819–828
6. **Seltzer S, Bender IB, Ziontz M (1963)** The dynamics of pulp inflammation: correlations between diagnostic data and actual histologic findings in the pulp. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology 16, 846–71
7. **Ricucci D, Loghin S, Siqueira F (2014)** Correlation between clinical and histologic pulp diagnosis. Journal of Endodontics 40, 1932–9
8. **Rechithra R, Aravind A, Kumar V, Sharma S, Chawla A,Logani A**. Influence of occlusal and proximal caries on the out-come of full pulpotomy in permanent mandibular molar teethwith partial irreversible pulpitis: a prospective study. Int EndodJ 2021;54:1699–1707.71
9. **Zhang M, Xiong Y, Wang X, et al.** Factors affecting the out-come of full pulpotomy in permanent posterior teeth diag-nosed with reversible or irreversible pulpitis. Sci Rep2022;12:20280
10. **Taha NA, Al-Khatib H.** 4-Year follow-up of full pulpotomy insymptomatic mature permanent teeth with carious pulp expo-sure using a stainproof calcium silicate–based material. J Endod2022; 48:87–95

THAY ĐỔI XƯƠNG, RĂNG VÀ MÔ MỀM TRÊN PHIM SỌ NGHIÊNG TỪ XA SAU PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH Ở BỆNH NHÂN LỆCH LẠC XƯƠNG LOẠI II

Nguyễn Thị Mận[1,2], Nguyễn Thị Thu Phương[1], Trần Cao Bính[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả sự thay đổi xương, răng, mô mềm trên phim sọ nghiêng từ xa sau phẫu thuật chỉnh hình ở bệnh nhân lệch lạc xương loại II. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 31 cặp phim sọ nghiêng từ xa của bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội được chẩn đoán lệch lạc xương loại II có chỉ định điều trị bằng phẫu thuật chỉnh hình từ tháng 01/2021 đến tháng 8/2024. Sử dụng phương pháp nghiên cứu chùm ca bệnh hồi cứu và tiến cứu để đánh giá sự thay đổi trước - sau can thiệp. **Kết quả:** có 23 bệnh nhân nữ chiếm 74,2%, gấp 2,9 lần so với 8 bệnh nhân nam (25,8%). Nhóm nguyên nhân do lùi hàm dưới (41,9%) và do vẩu hàm trên (38,7%) chiếm chủ yếu và thấp nhất là nhóm nguyên nhân do cả vẩu hàm trên và lùi hàm dưới (19,4%). Sau phẫu thuật, 66,7% chỉ số về xương, răng và mô mềm sử dụng trong nghiên cứu thay đổi theo hướng tiến gần giá trị bình thường, có ý nghĩa thống kế (P< 0,05). **Kết luận:** Lệch lạc xương loại II có chỉ định phẫu thuật chỉnh hình gặp chủ yếu ở hai nhóm nguyên nhân do lùi hàm dưới (41,9%) và do vẩu hàm trên (38,4%); Sau phẫu thuật có sự thay đổi xương, răng và mô mềm với tỷ lệ 66,7% chỉ số có giá trị trong giới hạn bình thường, có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). ***Từ khóa:*** Lệch lạc xương loại II, phẫu thuật, phim sọ nghiêng từ xa.

SUMMARY

ALTERATIONS IN BONE, TEETH, AND SOFT TISSUE ON LATERAL CEPHALOGRAMS FOLLOWING ORTHOGNATHIC SURGERY IN PATIENTS WITH CLASS II SKELETAL DISCREPANCIES

Objective: To outline the alterations in hard and soft tissues observed on lateral cephalograms following orthognathic surgery in patients with Class II skeletal malocclusion. **Research subjects and methods:** Between January 2021 and August 2024, 31 pairs of lateral cephalometric radiographs were obtained from patients at the National Hospital of Odonto-Stomatology in Hanoi, diagnosed with Class II skeletal malocclusion and indicated for orthognathic surgery. A combined retrospective and prospective case series study was conducted to evaluate changes before and after the intervention. **Results:** Of the patients, 23 were female, making up 74.2%, which is 2.9 times the number of male patients (8, or 25.8%). The most common causes were mandibular retrusion (41.9%) and maxillary protrusion (38.7%), with the combination of maxillary protrusion and mandibular retrusion being the least common (19.4%). Following surgery, 66.7% of the skeletal, dental, and soft tissue indices analyzed in the study demonstrated statistically significant improvements, moving closer to normal values (P < 0.05). **Conclusion:** Class II skeletal discrepancies indicated for orthognathic surgery were primarily due to mandibular retrusion (41.9%) and maxillary protrusion (38.4%). Post-surgery, changes were noted in skeletal, dental, and soft tissue structures, with 66.7% of the indices falling within normal limits, showing statistical significance (p < 0.05). ***Keywords:*** Class II skeletal discrepancy, orthognathic surgery, lateral cephalogram

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đánh giá thẩm mỹ khuôn mặt là chìa khóa lựa chọn mục tiêu điều trị. Một khuôn mặt đẹp là sự kết hợp của nhiều yếu tố: sự hài hòa, hình dạng khuôn mặt, tình trạng bề mặt, sự nổi bật và cảm xúc.[1] Lệch lạc khớp cắn là một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến thẩm mỹ khuôn mặt, có thể ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe, đời sống của con người như sang chấn khớp cắn, giảm chức năng ăn nhai, tạo điều kiện cho một số bệnh răng miệng phát triển, ảnh hưởng phát âm và các vấn đề về tâm lý [2].

Có nhiều phương pháp điều trị cho bệnh nhân lệch lạc xương loại II, phụ thuộc vào mức độ lệch lạc mà bác sĩ quyết định nắn chỉnh răng đơn thuần hay nắn chỉnh răng kết hợp phẫu thuật chỉnh hình hay chỉ phẫu thuật chỉnh hình. Dù phương pháp nào cũng đều mong muốn mang lại thẩm mỹ, chức năng ăn nhai và phòng bệnh cho bệnh nhân. Nhu cầu phẫu thuật chỉnh hình đối với bệnh nhân đã trưởng thành có lệch lạc xương loại II ngày càng tăng cho ta thấy sự quan trọng trong mối quan hệ giữa mô mềm và mô cứng.

Có nhiều nghiên cứu đánh giá, phân tích đặc điểm lâm sàng, X quang đối với từng loại lệch lạc xương nhưng nghiên cứu, đánh giá sự thay đổi xương, răng và mô mềm trên phim sọ nghiêng từ xa sau phẫu thuật chỉnh hình ở bệnh nhân lệch lạc xương loại II thì chưa nhiều. Vì vậy, để cung cấp thêm bằng chứng khoa học trong đánh giá kết quả điều trị loại lệch lạc xương này chúng tôi thực hiện nghiên cứu: *"Thay đổi xương, răng và mô mềm trên phim sọ nghiêng từ xa sau phẫu thuật chỉnh hình ở người bệnh lệch lạc*

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện RHM Trung ương Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mận
Email: nguyenthiman_tccb@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 5.8.2024
Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024
Ngày duyệt bài: 9.10.2024