

chiếm 7,5%. Tuy nhiên, tình trạng này được cải thiện dần theo thời gian vì da thích ứng dần. Do nghiên cứu chỉ được tiến hành trong khoảng thời gian 4 tuần, nên các tác dụng phụ của thuốc bôi có chứa corticoid như teo da, giãn mạch, xuất huyết dưới da... vẫn chưa được ghi nhận.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không gặp bất kỳ biểu hiện nào của tình trạng quá liều.

V. KẾT LUẬN

Thuốc bôi calcipotriol/betamethasone mang lại hiệu quả cao trong điều trị vảy nến mảng với nhiều ưu điểm như tốc độ giảm PASI nhanh, ít tác dụng phụ...

Tác dụng phụ gây ngứa, châm chích da là tác dụng phụ thường gặp, có thể tránh được bằng cách sử dụng tăng dần. Tuy nhiên, cần phải cân nhắc thận trọng liều lượng khi sử dụng trên bệnh nhân có sang thương rộng, sử dụng kéo dài để làm giảm tác dụng phụ do thành phần thuốc có chứa corticoid. Vì vậy, cần có một quy trình thống nhất khi sử dụng thuốc để hạn chế tác dụng phụ trên bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Văn Em** (2013), Sinh bệnh học và chiến lược điều trị bệnh vảy nến, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

2. **Nguyễn Trọng Hào** (2016), Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở bệnh nhân vảy nến và hiệu quả điều trị hỗ trợ của simvastatin trên bệnh vảy nến thông thường, Luận án Tiến sĩ Y học, trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Thảo My** (2021), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị tại chỗ bệnh vảy nến mảng bằng E-psora trên bệnh nhân điều trị tại bệnh viện Da liễu Cần Thơ và bệnh viện Đại học Y dược Cần Thơ năm 2019 - 2021, Đại học Y dược Cần Thơ, Cần Thơ
4. **Trần Nguyễn Anh Tú, Nguyễn Trọng Hào và cộng sự** (2020). "Yếu tố liên quan và đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân vảy nến thông thường đến khám tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh", Tạp chí Y dược lâm sàng 108, tập 15, số 5
5. **Từ Mậu Xương** (2020), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng..., Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y dược Cần Thơ, Cần Thơ.
6. **Gao J., Shen X., Ko R., et al** (2021). "Coanitive Process of Psoriasis and Its Comorbidities: From Epidemiology to Genetics", Front Genet, 12(735124), 1-14.
7. **Islam Khan, Lubna K., et al** (2014), "Efficacy of topical calcipotriol versus combination of topical calcipotriol plus betamethasone in the treatment of plaque type psoriasis", Journal of Armed Forces Medical College Bangladesh, vol.10, no.1
8. **Sindhuja M., Muthiah S.** (2021), "Efficacy and safety of topical calcipotriol plus betamethasone dipropionate versus topical betamethasone dipropionate alone in mild to moderate psoriasis" Journal of pharmaceutical research international, 33(23A), pp. 28 - 38.

KÍCH THƯỚC CHIỀU NGANG XƯƠNG Ổ RĂNG HÀM TRÊN NGƯỜI VIỆT LIÊN QUAN ĐẾN TẠO KHOẢNG CHỖ NHA RĂNG NANH HÀM TRÊN NGẦM MỘT BÊN

Nguyễn Đình Hùng Ân*, Lê Nguyễn Lâm**, Dương Mỹ Linh***, Hồ Thị Thùy Trang***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tập trung đánh giá kích thước chiều ngang xương ổ răng ở bệnh nhân Việt Nam có răng nanh hàm trên ngầm. Chỉ số này liên quan trực tiếp đến quá trình tạo khoảng điều trị chỉnh nha cũng như hướng dẫn điều trị lâm sàng và khí cụ phù hợp cho bên hàm có răng ngầm bị hẹp. **Phương tiện và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang phân tích, hồi cứu, thiết kế nửa miệng trên 41 hình ảnh CBCT có răng nanh hàm trên ngầm một bên

tại một bệnh viện đa khoa. Các kích thước ngang xương ổ răng vùng răng nanh và vùng răng cối lớn hàm dưới được đo trên mặt phẳng ngang của hình ảnh CBCT được phân tích bằng phần mềm STATA 17.0 và ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$. **Kết quả:** Kích thước chiều ngang vùng răng nanh ở bên có răng nanh hàm trên ngầm ghi nhận được nhỏ hơn có ý nghĩa thống kê so với bên không có răng nanh ngầm ($p < 0,001$). **Kết luận:** Kích thước chiều ngang xương ổ răng hàm trên bên có răng nanh hàm trên ngầm hẹp nhiều hơn so với bên không có răng ngầm. Ngược lại, kích thước chiều ngang vùng răng cối lớn thứ nhất lại giảm không đáng kể.

SUMMARY

HORIZONTAL DIMENSIONS OF THE MAXILLARY ALVEOLAR BONE IN THE VIETNAMESE POPULATION IN RELATION TO THE CREATION OF SPACE FOR

*Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

**Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

***Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyễn Lâm

Email: lenguyenlam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 11.10.2024

ORTHODONTIC ALIGNMENT OF UNILATERALLY IMPACTED CANINES

Abstract: The horizontal dimensions of the maxillary alveolar bone are critical factors in orthodontic treatment, particularly concerning the alignment of unerupted canines. This study aims to investigate the specific measurements of the maxillary alveolar width in the Vietnamese population and how these dimensions relate to orthodontic practices, especially in the context of creating adequate space for the alignment of impacted canines. **Objective:** This research aims to investigate the horizontal dimensions of alveolar bone width in Vietnamese patients presenting with unilateral impacted canines. The significance of this index lies in its direct relationship to the orthodontic space creation process and the formulation of clinically appropriate treatment strategies for patients with constricted maxillary arches harboring impacted canines. **Materials and Methods:** The study employed a retrospective analytic cross-sectional design, utilizing 41 cone-beam computed tomography (CBCT) images of patients with unilateral impacted canines sourced from a multi-specialty hospital. The measurements of horizontal dimensions of alveolar bone in the canine and first premolar regions of the mandible were conducted on the horizontal plane of the CBCT images. These measurements were subsequently analyzed using the STATA 17.0 software, and any significant differences were established with a p-value threshold set at < 0.05. **Results:** The analysis revealed that the horizontal dimension of the alveolar bone width in the canine region, on the side affected by unilateral impacted canines, was significantly narrower compared to the non-impacted side ($p < 0.001$), indicating a pronounced discrepancy. **Conclusion:** Findings indicate that the horizontal dimension of the alveolar bone width in the maxillary region associated with unilateral impacted canines is considerably reduced in comparison to the unaffected side. In contrast, the horizontal dimension in the first premolar area exhibited only a negligible decrease, underscoring the localized impact of canine impaction on alveolar bone structure. This study contributes valuable insights that could enhance orthodontic treatment planning and management for affected individuals. **Keywords:** maxillary alveolar bone, horizontal dimensions, Vietnamese population, orthodontics, impacted canines, treatment planning.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng nanh hàm trên được cho là trụ cột của cung răng hàm trên, không những mang giá trị về mặt thẩm mỹ mà còn có ý nghĩa chức năng quan trọng. Tuy nhiên răng nanh hàm trên lại là răng thường gặp ngầm ngầm trong xương, đứng thứ hai chỉ sau răng khôn hàm dưới. Khi răng nanh hàm trên ngầm (R3HT ngầm) trong xương lâu có thể dẫn đến các biến chứng như sinh nang, u do răng, cứng khớp răng ngầm hay tiêu chân răng cửa kế cận. Điều này dẫn đến nhu cầu điều trị bảo tồn răng nanh hàm trên, dù đó là

một thách thức cho cả bác sĩ phẫu thuật bọc lộ R3HT ngầm cũng như bác sĩ chỉnh nha kéo R3HT ngầm vào vị trí của đúng trên cung hàm.¹

Một số nguyên nhân đã được đề xuất cho tình trạng R3HT ngầm bao gồm khuynh hướng di truyền, sự thay đổi về kích thước của cung hàm trên, đường mọc răng nanh hàm trên kéo dài, hình thái của răng cửa bên, sự tiêu xương không đủ của chân răng nanh sữa, cũng như các bất thường về răng khác. Nhiều phương pháp điều trị khác nhau được đưa ra để kiểm soát tốt hơn tình trạng R3HT ngầm; tuy nhiên, chẩn đoán kịp thời và chủ động ngăn chặn tình trạng kẹt răng tiềm ẩn là chiến lược hiệu quả nhất để giải quyết tình trạng này.²

Để đánh giá tình trạng các yếu tố liên quan đến quá trình chỉnh nha kéo R3HT ngầm thì hình ảnh CBCT sẽ mang lại nhiều lợi thế trong việc đo đạc gần như chính xác các chỉ số về răng, xương ổ răng... cũng như đưa ra các dự đoán về hướng mọc và lên kế hoạch các phương án điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân. Dù cung cấp hình ảnh ba chiều rõ nét nhưng CBCT lại gây ra lượng tia nhiễm xạ cho bệnh nhân tương đối nhỏ, tuân theo nguyên tắc ALARA là lượng tia thấp nhất trong khoảng cho phép để đạt được hình ảnh đủ rõ nét.³

Tình trạng ngầm trong xương của răng nanh làm giảm sự phát triển của cung xương ổ răng hàm trên. Nhiều nghiên cứu trong y văn cho thấy cung xương ổ răng sẽ giảm kích thước ở bên có răng ngầm ở vị trí răng cối lớn thứ nhất và vùng răng nanh. Kích thước ngang này sẽ giúp các nhà lâm sàng chỉnh nha đưa ra chỉ định các khí cụ nong hàm phù hợp cho từng vị trí hẹp và từng mức độ hẹp hàm. Chỉ số này mang ý nghĩa quan trọng về mặt lâm sàng nhưng hiện có ít nghiên cứu trên thế giới đánh giá theo thiết kế nghiên cứu nửa miệng, cũng như tại Việt Nam chưa ghi nhận được nghiên cứu nào về vấn đề trên. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát kích thước chiều ngang xương ổ răng hàm trên ở bệnh nhân người Việt có R3HT ngầm một bên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu phân tích hồi cứu, thiết kế nửa miệng

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Thời gian nghiên cứu. Thời gian thực hiện nghiên cứu hồi cứu từ tháng 09/2023 đến tháng 09/2024, trong đó số liệu được tra cứu từ tháng 01/2018 đến tháng 6/2023.

2.2.2. Địa điểm nghiên cứu. Thực hiện tại Khoa Răng - Bệnh viện Quân y 175.

2.3 Đối tượng nghiên cứu

2.3.1 Dân số mục tiêu. Phim chụp của bệnh nhân đến khám và điều trị tại Khoa Răng - Bệnh viện Quân y 175.

2.3.2 Dân số chọn mẫu. Phim chụp của bệnh nhân đến khám và điều trị tại Khoa Răng - Bệnh viện Quân y 175 trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2018 đến tháng 6/2023.

2.3.3 Cỡ mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 41 hình ảnh CBCT có R3HT ngậm một bên, được thiết kế theo phương pháp nửa miệng so sánh giữa bên có và không có R3HT ngậm. Tất cả các hình ảnh CBCT có FOV là 11 x 9 cm (chụp hàm trên và hàm dưới).

Tiêu chuẩn chọn mẫu. Hình ảnh CBCT rõ nét Có hình ảnh R3HT ngậm được đánh giá là hình thành khoảng một nửa chân răng nhưng đỉnh múi chưa vượt quá đường nối men xi măng của các răng kế cận

Tiêu chuẩn loại trừ

Có hình ảnh u, nang ở xương hàm trên
 Hồ sơ ghi nhận bệnh nhân có các bệnh lý di truyền liên quan đến tình trạng đa răng ngậm
 Không có tiền sử chấn thương hàm mặt
 Chưa từng điều trị chỉnh

2.4.1 Liệt kê và định nghĩa biến số

Tên biến số	Viết tắt	Loại biến số	Giá trị - Cách đo lường
Chiều rộng cung hàm trên vùng răng nanh bên	CAW	Định lượng liên tục	Đơn vị đo lường là mm
Chiều rộng cung hàm trên vùng cối lớn thứ 1 trên mặt phẳng ngang	MAW (a)	Định lượng liên tục	Đơn vị đo lường là mm
Chiều rộng cung hàm trên vùng cối lớn thứ 1 trên mặt phẳng đứng ngang	MAW (c)	Định lượng liên tục	Đơn vị đo lường là mm

2.4.2 Phương pháp đo lường

2.4.2.1 Định nghĩa liên quan. Răng nanh hàm trên ngậm: răng được cho là ngậm trong xương khi răng chưa xuất hiện trong cung hàm mà chân răng đã hình thành xong hoặc chân răng đã hình thành trên 2/3 chân răng.

2.4.2.2 Cách đo

Kích thước ngang vùng răng nanh (CAW). Kích thước ngang vùng răng nanh (CAW) được đo trên mặt phẳng ngang qua cổ răng cối lớn thứ nhất hàm trên. CAW được đo từ bờ ngoài xương ổ răng ngang đỉnh múi răng nanh hàm trên đến được dọc giữa khẩu cái (Hình 1).

Kích thước ngang vùng răng cối lớn trên mặt phẳng ngang - MAW (a). Khoảng cách của răng cối đến đường giữa: được đo từ đỉnh múi gần ngoài của răng cối lớn thứ nhất hàm trên đến đường giữa hàm trên (Hình 2)

Kích thước ngang vùng răng cối lớn trên mặt phẳng đứng ngang - MAW (c).

Công thức tính cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức so sánh hai trung bình

$$\frac{(Z_{(1-\alpha/2)}+Z_{(1-\beta)})^2 (\sigma_1^2+\sigma_2^2)}{(\mu_1-\mu_2)^2}$$

n1, n2 =

Trong đó: n: Cỡ mẫu cần thu thập

α : Xác suất sai lầm loại 1, $\alpha = 0,05$.

β : Xác suất sai lầm loại 2, $\beta = 0,2$

Z: Trị số phân phối chuẩn bình thường, với $\alpha = 0,05$ thì $Z(1-\alpha/2) = 1,96$, với $\beta = 0,2$ thì $Z(1-\beta) = 0,842$

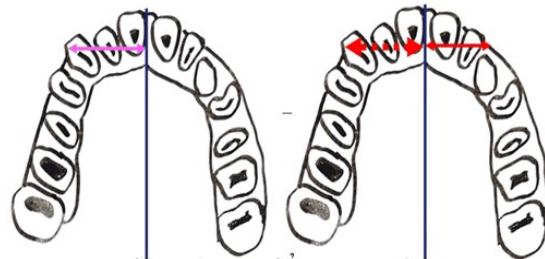
μ_1, μ_2 : ước lượng trung bình chiều rộng cung hàm/chiều dài của bên có R3HT ngậm, và bên không có R3HT ngậm trên hình ảnh CBCT.

σ_1, σ_2 : ước lượng độ lệch chuẩn chiều rộng cung hàm/chiều dài của bên có R3HT ngậm, và bên không có R3HT ngậm trên hình ảnh CBCT.

Cỡ mẫu được tính theo nghiên cứu của Yassaei và cộng sự (2022)⁴ với $\mu_1 \pm \sigma_1 = 13,97 \pm 1,57$ và $\mu_2 \pm \sigma_2 = 15,61 \pm 1,47$. Chọn cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu này là 24 mẫu để đảm bảo cỡ mẫu tối thiểu. Thực tế chúng tôi thu thập được 41 mẫu phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu và cao hơn cỡ mẫu tối thiểu cần có.

2.4. Biến số độc lập và phụ thuộc

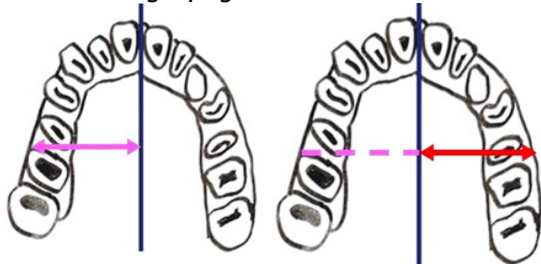
Được đo trên mặt phẳng đứng ngang của hình ảnh CBCT, tiến hành qua các bước (Hình 3):



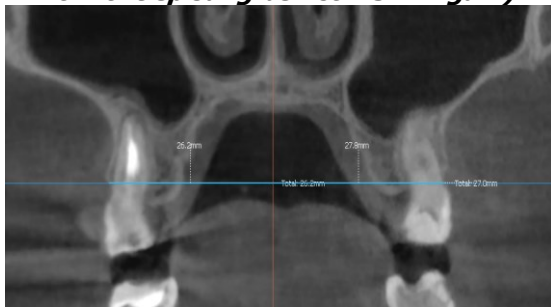
Hình 3: Cách đo kích thước ngang cung hàm vùng răng nanh trên mặt phẳng trục (Đo bên không có R3HT ngậm trước rồi nối tiếp sang bên có R3HT ngậm)

+ Bước 1: xác định lát cắt ngang (axial) qua cổ răng giải phẫu răng hàm trên (răng cối nhỏ hoặc răng cối lớn tùy theo vùng cần xác định kích thước ngang): kiểm chứng trên hình ảnh dựng toàn cảnh.

- + Bước 2: trên lát cắt ngang đó xác định đường dọc giữa của cung răng
- + Bước 3: chọn lát cắt đứng ngang đi qua đỉnh mũi ngoài gần răng cối lớn thứ nhất bên không có và vuông góc với đường dọc giữa
- + Bước 4: trên lát cắt đứng ngang (coronal) đã xác định ở bước 3, tiến hành đo kích thước ngang từ mặt ngoài xương ổ răng của từng phần hàm tới đường dọc giữa.



Hình 4: Cách đo kích thước ngang cung hàm vùng răng cối lớn thứ 1 trên mặt phẳng ngang (Đo bên không có R3HT ngậm trước rồi nối tiếp sang bên có R3HT ngậm)



Hình 5: Cách đo chiều rộng vùng răng cối lớn thứ 1 trên mặt phẳng trán (Nguồn nghiên cứu này)

2.5 Phương pháp phân tích dữ liệu. So sánh các chỉ số đặc điểm cung hàm và răng cửa ở bên có và không có răng nanh trên ngậm bằng phép kiểm T-test bắt cặp, $p < 0,05$ được xác định là có sự khác biệt giữa hai bên có và không có R3HT ngậm.

2.6 Vấn đề y đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp hồi cứu hồ sơ và phim chụp có sẵn của bệnh nhân, được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Quân Y 175 thông qua (số 1713/GCN-H ĐĐĐ ngày 26/04/2024). Các số liệu và thông tin của bệnh nhân được bảo mật hoàn toàn, các dữ liệu là hồi cứu nên không gây nên các nguy cơ tối thiểu cho người bệnh.

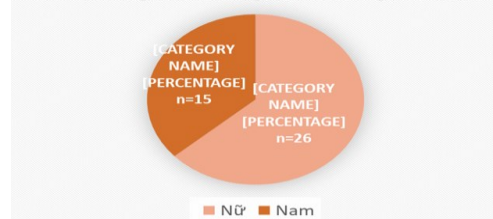
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm mẫu

3.1.1 Về giới tính. Ghi nhận số lượng hình ảnh CBCT có R3HT ngậm ở giới nữ ($n=26$) chiếm

đa số.

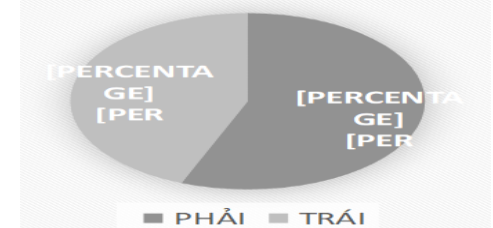
Số lượng R3HT ngậm theo giới tính



Biểu đồ 1: Phân bố tỉ lệ R3HT ngậm theo giới tính

3.1.2 Về vị trí R3HT ngậm. R3HT ngậm bên bố bên phải nhiều hơn bên trái.

VỊ TRÍ R3HT NGẬM



Biểu đồ 2: Phân bố tỉ lệ R3HT ngậm bên phải và trái

3.2 Kích thước ngang cung xương ổ răng hàm trên

Bảng 1: So sánh kích thước chiều ngang cung hàm giữa bên có R3HT ngậm và không có

Đặc điểm	Trung bình ± Độ lệch chuẩn		p ^c
	Bên có R3HT ngậm	Bên không có R3HT ngậm	
CAW (mm)	14,6±2,4	17,1±1,7	<0,001
MAW (axial) (mm)	26,9±2,0	27,9±1,6	0,005
MAW (coronal) (mm)	28,1±1,9	28,2±1,6	0,734

Kiểm định T-test bắt cặp

Kết quả cho thấy chiều rộng cung hàm trên vùng răng nanh trên mặt phẳng ngang ở bên có R3HT ngậm (14,6±2,4 mm) thì hẹp hơn ở bên không có R3HT ngậm (17,1±1,7 mm) và có ý nghĩa thống kê với lần lượt $p < 0,001$.

Chiều rộng cung hàm trên vùng cối lớn trên mặt phẳng ngang ở bên có R3HT ngậm (26,9±2,0) cũng hẹp hơn ở bên không có R3HT ngậm (27,9±1,6 mm) và có ý nghĩa thống kê với $p = 0,005$.

Chiều rộng cung hàm trên vùng cối lớn trên mặt phẳng trán bên có R3HT ngậm (28,1±1,9 mm) hẹp hơn không đáng kể so với bên không có R3HT ngậm (28,2±1,6mm) tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,734$).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Về đặc điểm mẫu. Trong số 41 phim CBCT của bệnh nhân có R3HT ngậm 1 bên thì R3HT ngậm bên phải có 23 phim, chiếm 56%. R3HT ngậm bên trái có 18 phim, chiếm 44%. Nghiên cứu của Alfaleh và cs (2021)⁵ thì tỉ lệ R3HT ngậm bên phải nhiều hơn bên trái. Cũng có kết quả những nghiên cứu cho thấy tỉ lệ bên trái nhiều hơn bên phải như trong nghiên cứu Vi Thị Hồng và cs (2021)⁶ thì R3HT ngậm bên trái chiếm 60% nhiều hơn bên phải là 40%. Yassaei và cộng sự (2022)⁴ cũng chỉ ra tỉ lệ ngậm bên trái nhiều hơn bên phải. Tuy nhiên các khác biệt này không được kiểm tra sai biệt về thống kê.

Về giới tính, trong nghiên cứu này có 15 bệnh nhân nam, chiếm 37% và 26 bệnh nhân nữ, chiếm 63%. Sự khác biệt về giới tính này có thể đến từ nhu cầu về thẩm mỹ của nữ giới cao hơn nam giới và có mong muốn điều trị chỉnh nha. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Alhammadi và cộng sự (2018)⁷ thực hiện tại Ả Rập với tỷ lệ răng nanh ngậm ở nữ giới (69,4%) cao hơn nam giới (30,6%) và không có ý nghĩa thống kê. Khi so sánh với các nghiên cứu trong nước, kết quả cũng tương tự theo nghiên cứu của Vi Thị Hồng và cs (2021)⁶ cho thấy tỷ lệ R3HT ngậm ở nữ giới (53,7%) cao hơn ở nam giới (46,3%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,993$).

Tuy vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi không tương đồng với kết quả của Alshawy (2023)⁸ chỉ ra rằng răng nanh ngậm ở nam giới cao hơn nữ giới; nhưng nghiên cứu này đánh giá cả răng nanh ngậm hàm trên và hàm dưới. Vậy tóm lại giữa các nghiên cứu có sự khác biệt về tỷ lệ R3HT ngậm ở hai giới do đặc điểm dân số nghiên cứu khác nhau, tuy nhiên sự khác biệt này vẫn chưa tìm thấy có ý nghĩa thống kê.

4.2 Chiều rộng cung hàm liên quan R3HT ngậm ở vùng răng nanh. Hình ảnh CBCT hiện là tiêu chuẩn chính xác để cung cấp hình ảnh 3D có độ phân giải cao và có thể sử dụng để thực hiện các phép đo tuyến tính và góc cho mục đích nghiên cứu với sai số tối thiểu.

Nghiên cứu của Saiar và cs (2006)⁹ thực hiện so sánh kích thước chiều ngang cung hàm vùng răng nanh trên 79 mẫu hàm ở nhóm có R3HT lệch về phía khẩu cái và 79 mẫu hàm ở nhóm không lệch. Kết quả cho thấy kích thước ngang cung hàm vùng răng nanh có R3HT lệch về khẩu cái nhỏ hơn có so với không có R3HT lệch. Nghiên cứu còn cho thấy kích thước chiều ngang ở vùng R3HT nhỏ hơn có mối tương quan với R3HT lệch về phía khẩu cái thông qua phân tích

đơn biến, gợi ý rằng cung hàm hẹp vùng R3HT có thể là một yếu tố nguy cơ cho tình trạng R3HT mọc lệch. Sau khi phân tích đa biến, kết quả cho thấy mối tương quan lớn hơn giữa kích thước ngang vùng R3HT ngậm và tình trạng thiếu R3HT (dù rằng sữa hay răng vĩnh viễn). Bệnh nhân có tình trạng thiếu R3HT nói chung đều có xu hướng hẹp chiều ngang cung hàm cùng răng nanh. Tác giả kết luận rằng, mối tương quan giữa kích thước chiều ngang R3HT và tình trạng R3HT lệch không phải là mối liên hệ nguyên nhân. Thay vào đó, hẹp cung hàm là kết quả chính của thiếu răng nanh và là yếu tố quan trọng liên quan đến hẹp chiều ngang cung hàm vùng R3HT ngậm.

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy CAW bên có R3HT ngậm ($14,6\pm 2,4$ mm) hẹp hơn đáng kể so với bên không có R3HT ngậm ($17,1\pm 1,7$ mm) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$. Nghiên cứu thực hiện trên phim CBCT để đảm bảo sự chính xác trong đo lường kích thước ở nhiều mặt phẳng khác nhau đã cho kết quả tương tự với nghiên cứu của Saiar (2006).⁹

4.3 Chiều rộng cung hàm liên quan R3HT ngậm ở vùng răng cối. Cùng với kết quả về kích thước chiều ngang cung hàm vùng răng nanh, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy MAW trên mặt phẳng ngang bên có R3HT ngậm ($26,9\pm 2,0$ mm) hẹp hơn so với bên không có R3HT ngậm ($27,9\pm 1,6$ mm) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,005$. Kết quả này tương tự với Tuy nhiên khi xét trên mặt phẳng trán, chiều rộng cung hàm trên vùng cối lớn bên có R3HT ngậm ($28,1\pm 1,9$ mm) hẹp hơn không đáng kể so với bên không có R3HT ngậm ($28,2\pm 1,6$ mm) kết quả không có ý nghĩa thống kê ($p=0,734$). Tương tự, nghiên cứu của Verma và cs (2020)¹⁰ thực hiện tại Ấn Độ trên 135 bệnh nhân chia làm 3 nhóm: 45 bệnh nhân có R3HT ngậm 1 bên, 45 bệnh nhân có R3HT ngậm 2 bên, và 45 bệnh nhân nhóm chứng. Nghiên cứu sử dụng hình ảnh CBCT đánh giá 4 kích thước cung hàm trên: chiều rộng cung hàm theo răng cối lớn thứ nhất, chiều rộng xương ổ răng cối lớn thứ nhất, chiều rộng nền răng cối lớn thứ nhất và chiều rộng xương ổ răng cối nhỏ thứ nhất. Kết quả cho thấy các bệnh nhân có R3HT ngậm hai bên và một bên có kích thước chiều rộng cung hàm trên hẹp hơn so với những người không bị R3HT ngậm và có ý nghĩa thống kê (giá trị $p < 0,001$).

Những nghiên cứu khác sử dụng mẫu hàm nghiên cứu, phim toàn cảnh kết hợp với hình ảnh CBCT để đánh giá chiều rộng của cung răng. Mới

đây, báo cáo của Madezo và cs (2022)¹¹ so sánh các kích thước của cung hàm ở người có R3HT ngậm một bên, trên hình ảnh CBCT và mẫu hàm kỹ thuật số, cho thấy không có sự khác biệt giữa 2 cách đo, và ở cả 2 cách đều ghi nhận kích thước ngang cung hàm trên hẹp hơn ở bên có R3HT ngậm Ngược lại, MAW có thể tăng ở những bệnh nhân có R3HT ngậm phía khẩu cái hay còn gọi là "khẩu cái rộng quá mức" theo nghiên cứu của Saade và cs (2023)¹². Như vậy ở những bệnh nhân có R3HT ngậm phía khẩu cái có thể không cần nong hàm trong khi điều trị. Có thể thấy hiện nay hình ảnh CBCT với độ phân giải hình ba chiều cao, được cho là "chuẩn vàng" để thực hiện các đo đạc kích thước hoặc góc.

Lý giải cho sự khác biệt về MAW có thể vì cung hàm ở phía răng nanh ngậm sẽ hẹp hơn do thiếu sự phát triển theo chiều ngang do răng nanh không mọc có thể dẫn đến xương ổ răng không phát triển đầy đủ và ngược lại có sự mở rộng sang bên cung hàm ở phía đối diện là bên không có răng nanh ngậm. Ngoài ra, theo Verma và cs (2020)¹⁰ cũng gợi ý chiều rộng của cung hàm cũng đồng thời bị ảnh hưởng bởi các đặc điểm khác như số lượng R3HT ngậm, giới tính ... Xét về giới tính, thì phụ nữ thường có kích thước cung hẹp hơn so với nam giới. Xét về số lượng R3HT ngậm thì các đối tượng có R3HT ngậm hai bên thì có cung hàm trên hẹp hơn so với các đối tượng có răng nanh ngậm một bên và cung hàm lớn nhất ở nhóm không có R3HT ngậm. Ở nghiên cứu của chúng tôi chọn mẫu thuận tiện đến khám tại bệnh viện đa khoa nên tỉ lệ trẻ em đến khám điều trị răng miệng không quá đông nên chưa đánh giá được MAW ở trẻ em để có những đề nghị trong điều trị can thiệp sớm.

Những nghiên cứu khác chưa chỉ ra rằng, khi đo kích thước ngang cung hàm ở vùng răng cối lớn trên mặt phẳng trán và mặt phẳng ngang có sự khác biệt. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt về số đo chiều ngang cung hàm vùng răng cối lớn trên mặt phẳng ngang và mặt phẳng trán. Nguyên nhân có thể do khi thực hiện phép đo trên mặt phẳng trán bị ảnh hưởng do răng cối lớn thứ nhất bên có răng ngậm bị di gần về phía trước, gây nên tăng số đo chiều ngang cung hàm khi đo trên mặt phẳng trán.

Như vậy, kích thước ngang cung hàm bị ảnh hưởng rõ rệt vùng răng nanh và ít bị ảnh hưởng ở vùng răng cối lớn bởi tình trạng R3HT ngậm. Giảm kích thước ngang vùng răng nanh có thể ảnh hưởng đến việc mất cân đối khuôn mặt. Ở những bệnh nhân trưởng thành, những R3HT ngậm thường bị cứng khớp nên có chỉ định phẫu thuật nhổ răng, điều này dẫn đến việc mất cân

xúng khuôn mặt lâu dài. Dựa theo nghiên cứu này, vùng cần nong rộng hoặc làm tròn cung răng chủ yếu ở vùng răng nanh bên có R3HT ngậm, vùng răng cối lớn chiều ngang ít thay đổi nên không cần hoặc chỉ cần nong hàm nhẹ vùng này.

V. KẾT LUẬN

Tình trạng R3HT ngậm thường dẫn đến hẹp cung hàm theo chiều ngang ở vùng răng nanh và răng cối lớn. Do đó, kết quả nghiên cứu sẽ gợi ý hướng dẫn điều trị nong hàm cho hầu hết bệnh nhân có ghi nhận R3HT ngậm.

Để điều trị hẹp cung hàm theo chiều ngang, bác sĩ chỉnh nha thường chỉ định nhiều loại khí cụ như khí cụ nong xương MARPE, khí cụ nong hàm nhanh (RME) hay khí cụ nong xương ổ răng như Quad-helix, khí cụ tháo lắp có ốc nong rộng. Tuy nhiên, hiệu quả nong rộng của các khí cụ này thường tác động cả hai bên trái và phải, tác động nhiều vùng răng cùng lúc như vùng răng cối nhỏ và cối lớn. Khi bệnh nhân có R3HT ngậm thường sẽ có tình trạng hẹp cung răng vùng răng nanh, kết hợp có hoặc không có hẹp cung răng vùng răng cối lớn thứ 1 thì việc chọn lựa khí cụ phù hợp để tác động lên đúng vùng hàm mong muốn là một thách thức với bác sĩ chỉnh nha.

Để nong hàm một bên hiệu quả, thường phải dùng thêm mini-vít để tăng neo chặn cho bên cần nong và hạn chế tác động không mong muốn của bên không cần tác động lực. Đối với những trường hợp chỉ hẹp vùng răng nanh ở bên có răng ngậm, gợi ý điều trị sẽ là sử dụng khay trong suốt để có tác dụng chỉ nong hàm ở vùng răng nanh bên có răng ngậm bởi vì cơ chế tác động lực của khay nói chung và hiệu ứng nong hàm nói riêng sẽ khác với các loại điều trị dây thẳng và các loại khí cụ nong hàm như đã đề cập ở trên. Với khay trong suốt, bác sĩ chỉnh nha có thể lên kế hoạch nong hàm ở một khu vực nhất định, hạn chế được phản lực ở các vùng răng còn lại. Từ đó mang đến hiệu quả nong hàm chỉ ở 1 vùng răng bị hẹp, cụ thể ở đây là vùng R3HT ngậm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shahin, S. Y., Tabassum, A., Fairozekhan, A. T., Al Tuwaylib, A., Al-Sheyoukh, S., Alzahr, S., ... & Alharekv, M.** (2022). The relationship between unilateral palatal maxillary canine impaction and the morphology of the maxilla: a CBCT study in Eastern Province of Saudi Arabia. *European Journal of Dentistry*.
2. **Becker A, Chaushu S.** Etiology of maxillary canine impaction: a review. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2015;148(4):557-567.
3. **Khan H, Ashraf A, Anwar A, Najam E, Ahmad**

- F, Khan T. Prevalence and patterns of impacted maxillary canines: a cbct based retrospective study. Pakistan Oral & Dental Journal. 2018; 38(2):211-214. doi:<http://www.podj.com.pk/index.php/podi/article/view/205>
4. **Yassaei, S., Safi, Y., Valian, F., & Mohammadi, A. (2022).** Evaluation of maxillary arch width and palatal volume and depth in patients with maxillary impacted canine by CBCT. Heliyon, 8(10).
 5. **Alfaleh W, Al Thobiani S.** Evaluation of impacted maxillary canine position using panoramic radiography and cone beam computed tomography. The Saudi dental journal. Nov 2021;33(7):738-744. doi:10.1016/j.sdentj.2020.03.014
 6. **Vi Thị Hồng, Trần Cao Bình.** Đặc điểm hình thái răng nanh vĩnh viễn hàm trên ngậm qua phim cắt lớp vi tính chòm tia hình nón. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;506(1):229-233.
 7. **Alhammadi MS, Asiri HA, Almashraqi AA.** Incidence, severity and orthodontic treatment difficulty index of impacted canines in Saudi population. Journal of clinical and experimental dentistry. 2018;10(4):e327. doi:10.4317/jced.54385
 8. **Alyami B, Braimah R, Alharieth S.** Prevalence and pattern of impacted canines in Najran, South Western Saudi Arabian population. The Saudi dental journal. 2020;32(6):300-305.
 9. **Saiar, M., Rebellato, J., & Sheats, R. D. (2006).** Palatal displacement of canines and maxillary skeletal width. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 129(4), 511-519.
 10. **Verma P, Dinesh SPS.** Maxillary transverse dimensions in subjects with and without impacted canines in South Indian population: a comparative cone-beam computed tomography study. Orthodontic Waves. 2021;80(1):9-16.

ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG TẠI KHOA NGOẠI TIÊU HÓA, BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Cao Minh Tiệp¹, Phạm Văn Huân¹, Bùi Văn Dương²,
Phùng Thế Khang¹, Đoàn Ngọc Giao³

TÓM TẮT

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng có rất nhiều ưu điểm. Tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa, chúng tôi triển khai phẫu thuật cho 83 bệnh nhân ung thư đại trực tràng thu được kết quả khả quan. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, tiến cứu và theo dõi dọc; 83 bệnh nhân ung thư đại trực tràng được phẫu thuật nội soi tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ 01/2020 đến 06/2023. **Kết quả nghiên cứu:** 23 trường hợp cắt đại tràng phải, 1 trường hợp cắt đại tràng phải mở rộng, thực hiện miệng nối bằng stapler; 6 trường hợp cắt đại tràng trái cao; 5 trường hợp cắt đại tràng trái, 15 trường hợp cắt đoạn đại tràng chậu hông, 19 trường hợp cắt đoạn đại trực tràng nối máy miệng nối thấp; 4 trường hợp cắt đoạn trực tràng thực hiện miệng nối đại tràng - ống hậu môn. Thời gian phẫu thuật trung bình là 190.6 ± 38.5 phút, thời gian nằm viện trung bình là 10.5 ± 3.8 ngày; 1 trường hợp tổn thương niệu quản trái trong mổ; 6 trường hợp có biến chứng sau mổ: 2 nhiễm trùng vết mổ, 1 viêm phúc mạc và 2 rò miệng nối cung lượng thấp. **Kết luận:** Ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng cho 83 trường hợp và ghi nhận nhiều kết quả khả quan. **Từ khóa:** phẫu thuật nội soi, ung thư đại trực tràng.

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp

²Đại học Y dược Hải Phòng

³Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Cao Minh Tiệp

Email: caominhtiep@bvn9@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 11.10.2024

SUMMARY

LAPAROSCOPIC SURGERY FOR COLORECTAL CANCER IN GASTROINTESTINAL SURGERY DEPARTMENT, VIET TIEP HOSPITAL

Abstracts: Laparoscopic surgery is wide acceptable technique for treating colorectal cancer. At Viet Tiep hospital, we performed this technique to treat 85 cases of colorectal cancer. **Methods:** descriptive, prospective study; 83 cases of colorectal cancer who underwent laparoscopic surgery between 01/2020 – 06/2023 at Gastrointestinal Surgery Department, Viet Tiep hospital. **Results:** 23 cases of right hemicolectomy, 1 case of extended right hemicolectomy, using stapler reconstruction; 6 cases of left hemicolectomy; 5 cases of left colectomy, 15 cases of sigmoid colectomy; 16 cases who underwent low anterior resection, using circular stapler; 4 cases of undeviated colo-anal, 3 cases of Miles surgery. Time of operation's mean is 190.6 ± 38.5 mins., blood loss is not substantial, there is 1 case with left ureteral injury intraoperative and 9 cases had complications: 6 cases of infected incision; 1 case of peritonitis; 2 cases of mild leakage anatomosis. **Conclusions:** The application of laparoscopic surgery for colorectal cancer treatment for 83 cases and recorded many positive results. The results of this study help us to further improve the surgical procedure and experience. **Key words:** Colorectal cancer, laparoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng đã trở thành phương pháp điều trị chính trong ung thư đại trực tràng. Với sự phát triển