

cứ tiếp tục chia những người tham gia này theo BMI cho các phân tích phụ: cân nặng bình thường ($n = 41$), thừa cân ($n = 7$) và bệnh nhân béo phì ($n = 83$). Do cỡ mẫu của nhóm thừa cân nhỏ, của Altamirano-Diaz đã kết hợp các nhóm thừa cân và béo phì. Có mối tương quan chặt chẽ giữa các phép đo cung lượng tim từ EC và TTE với $r = 0,831$ và $r = 0,815$ lần lượt ở các nhóm cân nặng bình thường và nhóm thừa cân và béo phì. Độ lệch và sai số phần trăm đối với các phép đo CO lần lượt là 0,240 và 29,7%, và 0,042 và 29,5% ở nhóm bình thường và nhóm bệnh nhân thừa cân và béo phì. Kết quả của nghiên cứu này chỉ ra rằng cung lượng tim được đo từ hai phương pháp điện trở kháng lồng ngực và phương pháp siêu âm tim qua thành ngực có thể thay thế nhau trên lâm sàng, tuy nhiên ở những bệnh nhân thừa cân, béo phì kết quả đo cung lượng tim từ phương pháp điện trở kháng lồng ngực dường như thấp hơn so với phương pháp siêu âm tim qua thành ngực⁹.

V. KẾT LUẬN

Các chỉ số CI đo trên bệnh nhân béo phì ($BMI \geq 25$) thì kém tương quan hơn với hệ số tương quan $r = 0,73$ và kém tương đồng hơn với phần trăm sai số $PE = 32\%$.

Do đó có thể sử dụng phương pháp thăm dò huyết động không xâm lấn (EC) ở các bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn trong các đơn vị ICU có $BMI < 25$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Geerts BF, Aarts LP, Jansen JR. Methods in pharmacology: measurement of cardiac output. Br

- J Clin Pharmacol. 2011;71(3):316-330. doi:10.1111/j.1365-2125.2010.03798.x
2. Piechota M, Irzmański R, Banach M, et al. Original paper Can impedance cardiography be routinely applied in patients with sepsis and severe sepsis? Arch Med Sci. 2006;2(2):114-121.
3. Petter H, Erik A, Björn E, Göran R. Measurement of cardiac output with non-invasive Aesculon impedance versus thermodilution. Clin Physiol Funct Imaging. 2011;31(1):39-47. doi:10.1111/j.1475-097X.2010.00977.x
4. Bernstein DP, Osypka MJ. Apparatus and method for determining an approximation of the stroke volume and the cardiac output of the heart. US Pat. Published online 2001:No. 6,511,438
5. Wong J, Agus MSD, Steil GM. Cardiac parameters in children recovered from acute illness as measured by electrical cardiometry and comparisons to the literature. J Clin Monit Comput. 2013;27(1):81-91. doi:10.1007/s10877-012-9401-x
6. Wong J, Agus MSD, Steil GM. Cardiac parameters in children recovered from acute illness as measured by electrical cardiometry and comparisons to the literature. J Clin Monit Comput. 2013;27(1):81-91. doi:10.1007/s10877-012-9401-x
7. Heringlake M, Handke U, Hanke T, et al. Lack of agreement between thermodilution and electrical velocimetry cardiac output measurements. Intensive Care Med. 2007;33(12):2168-2172. doi:10.1007/s00134-007-0828-3
8. Van Der Meer, Bulder E. R, De Vries, Van Wyck. Impedance cardiography in cardiac surgery patients: Abnormal body weight gives unreliable cardiac output measurements. J Clin Monit. Published online January 1996:12(1):5-9
9. Altamirano-Diaz L, Welisch E, Dempsey AA, Park TS, Grattan M, Norozi K. Non-invasive measurement of cardiac output in children with repaired coarctation of the aorta using electrical cardiometry compared to transthoracic Doppler echocardiography. Physiol Meas. 2018;39(5):055003. doi:10.1088/1361-6579/aac02b

ĐIỀU TRỊ GÃY CHỖM QUAY TRẬT KHUYU BẰNG PHƯƠNG PHÁP LẤY BỎ CHỖM, CHÈN CƠ KHUYU

Nguyễn Văn Thái¹, Đỗ Hồng Phúc¹, Lê Gia Ánh Thy²,
Nguyễn Việt Tân², Nguyễn Ngọc Hiếu³, Cao Kim Xoa⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá khả năng phục hồi chức năng bệnh nhân sau phẫu thuật và ghi nhận các biến

chứng sau phẫu thuật lấy bỏ chỏm quay chèn cơ khuỷu ở bệnh nhân gãy nát chỏm quay có trật khuỷu tại Bệnh viện Chấn Thương Chính Hình, thành phố Hồ Chí Minh. **Phương pháp:** Báo cáo mô tả qua 10 ca lâm sàng. **Bàn luận:** Trong 10 trường hợp nghiên cứu, các bệnh nhân phục hồi được tầm vận động gập duỗi trung bình $0^\circ - 0^\circ - 130^\circ$ và sắp nẹp ở mức $80^\circ - 0^\circ - 80^\circ$. Tất cả các bệnh nhân có khớp khuỷu không đau khi nghỉ ngơi và mức độ đau khi vận động theo VAS là 2,5. Điểm trung bình ASES-e đạt 90,3 điểm đạt mức tốt. Mật vũng máu khuỷu độ 2 ở 3 trường hợp nhưng không có ảnh hưởng đến sinh hoạt của bệnh nhân. Không có trường hợp nào tái trật. Phương pháp này có kết quả tương đối tương đồng với điều trị lấy

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch Tp. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình Tp. Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Quân Y 7A

⁴Đại học Công nghiệp Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hồng Phúc

Email: Drdohongphuc@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 25.10.2024

bỏ chỏm quay trong các trường hợp gãy chỏm quay đơn thuần cũng như trong các trường hợp gãy nát chỏm quay kết hợp xương nẹp khóa trước đây. **Kết luận:** Điều trị gãy chỏm quay trong bối cảnh trật khuỷu bằng phương pháp lấy bỏ chỏm có chèn cơ khuỷu đem lại một kết quả ban đầu khả quan có thể áp dụng được trong điều kiện hiện nay.

Từ khóa: Gãy chỏm quay, trật khớp khuỷu, chèn cơ khuỷu, lấy bỏ chỏm.

SUMMARY

TREATMENT OF COMMINUTED RADIAL HEAD FRACTURE WITH ELBOW DISLOCATION BY RADIAL HEAD EXCISION AND ANCONEUS INTERPOSITION

Objective: To evaluate the functional recovery of patients after surgery and to record complications following radial head excision with anconeus interposition in patients with comminuted radial head fracture and elbow dislocation at the Trauma and Orthopedic Hospital, Ho Chi Minh City. **Methods:** A descriptive report of 10 clinical cases. **Discussion:** In the 10 cases studied, the patients recovered an average range of motion in elbow flexion-extension of 0° - 0° - 130° and pronation-supination of 80° - 0° - 80°. All patients had no pain at rest, and the level of pain during movement, as measured by the VAS scale, was 2.5. The average ASES-e score was 90.3, indicating good functional outcomes. There was grade 2 elbow instability in 3 cases, but it did not affect the patients' daily activities. There were no cases of re-dislocation. This method produced relatively similar results to radial head excision in isolated radial head fractures, as well as in comminuted radial head fractures treated with previous locked plating. **Conclusion:** Treatment of comminuted radial head fractures with elbow dislocation using radial head excision with anconeus interposition yields promising initial results that are applicable in current clinical practice. **Keywords:** Radial head fracture, elbow dislocation, anconeus interposition, radial head excision.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy chỏm quay là một loại gãy xương phổ biến trong chấn thương và đặc biệt là một thành phần trong các tổn thương phức tạp vùng khuỷu. Trong các chấn thương có mất vững khuỷu, việc bảo tồn chỏm quay là một việc rất cần thiết vì nó là thành phần giữ vững thứ cấp trong cấu trúc giữ vững khuỷu. Tuy nhiên trên thực tế lâm sàng có nhiều trường hợp không thể bảo tồn chỏm quay do gãy quá nát, chất lượng xương kém hay quá ít xương dưới sụn. Trong điều kiện lý tưởng những trường hợp này có thể được thay chỏm quay nhân tạo [1]. Tuy nhiên đây là phương pháp rất khó tiếp cận cho bệnh nhân nước ta do trang thiết bị hạn chế cũng như giá thành cao. Từ đó chúng tôi quyết định nghiên cứu "Điều trị gãy chỏm quay trật khuỷu bằng phương pháp lấy bỏ chỏm, chèn cơ khuỷu". Nghiên cứu thực hiện có 2 mục tiêu: (1) Đánh giá khả năng phục

hồi chức năng bệnh nhân sau phẫu thuật. (2) Tìm các biến chứng sau phẫu thuật lấy bỏ chỏm quay chèn cơ khuỷu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân gãy nát chỏm quay có trật khuỷu được phẫu thuật lấy bỏ chỏm, chèn cơ khuỷu tại Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình, thành phố Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: (1) ≥ 18 tuổi; (2) đồng ý tham gia nghiên cứu, (3) gãy chỏm quay Hotchkiss III, có trật khuỷu, (4) đã được phẫu thuật lấy bỏ chỏm, chèn cơ khuỷu ít nhất 6 tháng tại thời điểm lấy mẫu; (5) Đầy đủ hồ sơ bệnh án, địa chỉ rõ ràng, phim trước mổ và sau mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ: những bệnh nhân gãy hở chỏm quay và bệnh nhân có di chứng hay bệnh lý trước đó ở chi bị gãy.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt ca bệnh.

2.3 Xử lý số liệu. Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phương pháp thống kê và phân tích dữ liệu bằng Microsoft Excel 2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2023 đến tháng 02/2024 đã tiến hành phẫu thuật, theo dõi được 10 trường hợp bệnh nhân gãy chỏm quay trật khuỷu được điều trị bằng lấy bỏ chỏm, chèn cơ khuỷu với thời gian theo dõi trung bình 8,5 tháng. Tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn nam một cách đáng kể với 70% nữ và 30% nam. Tỷ lệ tổn thương tay trái và tay phải là bằng nhau (5/5) tuy nhiên 6 bệnh nhân gãy tay thuận chiếm 60% số bệnh nhân. Phân bố độ tuổi từ 47 đến 77 tuổi, trung bình 55,12 tuổi với độ lệch chuẩn 8,11.

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu thì tỷ lệ lao động chân tay chiếm tỷ lệ 60% (6 bệnh nhân). Lao động nhẹ chiếm 40% (2 bệnh nhân) thuộc các ngành nghề như nấu ăn và văn phòng. Có 100% bệnh nhân vẫn làm công việc cũ sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ bệnh nhân gãy chỏm quay do tai nạn giao thông chiếm cao nhất (8/10 trường hợp). Tai nạn sinh hoạt chiếm 2/10 trường hợp (tê cao). Thời điểm phẫu thuật biến thiên từ 1 đến 10 ngày sau chấn thương với trung bình 5,6 ngày, độ lệch chuẩn 2,2 ngày. Tổn thương đi kèm gồm 5 trường hợp gãy mỏm vẹt, có 10/10 trường hợp có trật khuỷu.

Kết quả điều trị Góc mang biến thiên từ 3 đến 25 độ, với trung bình 11,2 độ, độ lệch chuẩn 5,6 độ. Điểm pASES-e của bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương chỏm quay nẹp khóa biến

động trong khoảng từ 75,00 đến 98,00 điểm, điểm trung bình là 90,3 điểm với độ lệch chuẩn là 6,3. Phần lớn bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt (Bảng 1). Bên cạnh đó kết quả biên độ vận động cải thiện theo thời gian (Bảng 2).

Bảng 1: Phân độ theo thang điểm ASES

Điểm	Đánh giá	Số lượng	Phần trăm
Lớn hơn 90	Rất tốt	4	40%
Từ 90 đến lớn hơn 75	Tốt	5	50%
Từ 75 đến lớn hơn 50	Trung bình	1	10%
Từ 50 đến lớn hơn 25	Xấu	0	0%
Nhỏ hơn hay bằng 25	Rất xấu	0	0%

Bảng 2: Biên độ vận động theo thời điểm tái khám

	Tháng 1	Tháng 2	Tháng 3	Tháng 6	Lần cuối
Gập	120,3	120	127	130	130
Duỗi	15,5	5,5	3,5	0	0
Sấp	70,5	75,9	80,2	80	80
Ngửa	72	75,7	57,4	80	80

Đánh giá đau theo thang VAS của các bệnh nhân trong thời gian làm việc đạt 2,5/10. Các trường hợp có biến chứng sau mổ cũng đã được nhóm nghiên cứu theo dõi và ghi nhận lại. Trong đó, ghi nhận được 1 trường hợp xuất hiện nhiễm trùng nông. Bên cạnh đó, có 2 trường hợp viêm hóa dây chằng bên trong khuỷu, đây cũng là 2/3 trường hợp có mất vững dạng độ II dù đã được khâu dây chằng. Không có trường hợp nào mất vững khớp, khuỷu thoái hóa hoặc đau cổ tay trong những ca theo dõi biến chứng sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Tổn thương gãy nát chỏm quay thường là một trong các thành phần của một chấn thương phức tạp vùng khuỷu. Tỷ lệ tổn thương đi kèm là 20% trong gãy chỏm quay không di lệch và lên tới 80% trong gãy nát chỏm quay [2,3]. Các thương tổn đi kèm được chia thành 5 nhóm chính: (1) gãy chỏm quay và tổn thương màng gian cốt (2) gãy chỏm quay kèm đứt dây chằng bên trong và gãy ròng rọc (3) gãy chỏm quay và trật khuỷu ra sau (4) trong tam chứng bi thảm (5) trong bối cảnh gãy trật mỏm khuỷu như trong Monteggia. Do đó trong các tình huống gãy nát chỏm quay việc lấy bỏ đơn thuần rất khó đem lại kết quả tốt do có nhiều thương tổn đi kèm [4,5]. Trong các tình huống này chúng ta thường cố gắng bảo tồn chỏm bằng kết hợp xương hay thay thế bằng chỏm nhân tạo. Hiện nay trang thiết bị ở Việt Nam còn nhiều hạn chế, chỏm quay nhân tạo hầu như không thể tiếp cận được. Các phương pháp kết hợp xương cũng còn

nhiều hạn chế. Như trong kết hợp xương bằng đinh, có tỷ lệ di chuyển dụng cụ rất cao lên tới 21,2%. Phương pháp kết hợp xương nẹp khóa cũng đem lại nhiều kết quả tốt tuy nhiên cũng gặp những hạn chế như thiếu dụng cụ, chất lượng xương và kích cỡ mảnh gãy cũng ảnh hưởng rất nhiều đến khả năng nắn chỉnh khi kết hợp xương cũng như khả năng lành xương.

Phương pháp lấy bỏ chỏm quay và chèn cơ khuỷu có khả năng giúp phục hồi tốt và nhanh chóng tầm vận động cũng như chức năng của bệnh nhân. Tầm vận động phục hồi ở mức 0° - 0° - 130° và 80° - 0° - 80° là tầm vận động ở mức chức năng và rất gần ở trị số bình thường. Giá trị này nhỉnh hơn so với nghiên cứu sử dụng nẹp vít khóa của Đỗ Hồng Phúc khi nghiên cứu này đạt được $126,6^{\circ}$ - 0° - $8,5^{\circ}$ và $82,2^{\circ}$ - 0° - $77,6^{\circ}$. Điều này có thể được lý giải bởi việc lấy bỏ chỏm quay hoàn toàn có thể tránh được việc các phương tiện kết hợp xương gây cộm cản làm bệnh nhân đau và hạn chế vận động. Kết quả này cũng gần tương đồng với nghiên cứu lấy bỏ chỏm chèn cơ khuỷu trong điều trị các trường hợp bảo tồn hay thay chỏm quay thất bại của Rahmi [6] $128-0-10$ và $61-0-62$. Trong nghiên cứu tương tự được thực hiện bởi Özsoy [7] trên 5 bệnh nhân với thời gian nghiên cứu kéo dài, họ đã thấy biên độ gập duỗi giảm $10,2^{\circ}$ và sấp ngửa giảm $5,2$. Điều này cho thấy phương pháp lấy bỏ chỏm có khả năng giúp bệnh nhân phục hồi tầm vận động rất tốt.

Các bệnh nhân của chúng tôi cũng có sự phục hồi rất tốt trong cảm nhận đau. Tất cả các bệnh nhân đều không đau khi nghỉ và đau khi vận động ở mức độ nhẹ 2,5/10 theo thang điểm VAS. Từ đó dẫn đến kết quả theo thang điểm ASES-e ở mức độ tốt và rất tốt chiếm 90% với điểm trung bình đạt 90,3 điểm. Trong các nghiên cứu của Rahmi và Özsoy các bệnh nhân cũng có thang điểm chức năng ở mức tốt rất cao. Kết quả này rất đáng để quan tâm vì so với các nghiên cứu thay chỏm quay hay kết hợp xương ở bệnh nhân gãy chỏm quay có tổn thương dây chằng, kết quả đạt được cũng tương tự hoặc thậm chí thấp hơn [8].

Trong nghiên cứu này chúng tôi tìm được tỷ lệ biến chứng rất thấp. Chỉ có 1 trường hợp nhiễm trùng nông. Những bệnh nhân này được xử lý bằng thay băng và kháng sinh đường uống, đã khỏi sau 2 tuần và việc này không ảnh hưởng đến kết quả. Bên cạnh đó, không có trường hợp nào tổn thương thần kinh gian cốt do sử dụng đường mổ bóc tách cơ khuỷu nằm tránh xa thần kinh gian cốt sau. Không trường hợp nào có mất vững khớp sau mổ. Điều này có thể lý giải nhờ

đã sử dụng đường vật cơ khuỷu từ đó có thể quan sát và xử lý tốt các tổn thương của dây chằng bên ngoài. Ngoài ra, ghi nhận được 3 trường hợp mất vững dạng ở độ II. Các trường hợp này đều là các bệnh nhân đã được khâu dây chằng bên trong xuyên xương. Điều này cần phải được theo dõi thêm vì mặc dù hiện tại không gây ảnh hưởng đến chức năng bệnh nhân nhưng có khả năng trong tương lai sẽ gia tăng về độ lỏng lẻo do có sự trống của chỏm quay dù được chèn bằng mô mềm. Có lẽ do thời gian theo dõi chưa đủ dài mà chúng tôi chưa tìm thấy trường hợp nào thoái hóa khớp cánh tay trụ cũng như đau cổ tay.

V. KẾT LUẬN

Điều trị gãy chỏm quay trong bối cảnh trật khuỷu bằng phương pháp lấy bỏ chỏm có chèn cơ khuỷu đem lại một kết quả ban đầu khả quan có thể áp dụng được trong điều kiện hiện nay. Tuy nhiên nghiên cứu còn nhiều hạn chế do cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi chưa đủ dài. Cần có những nghiên cứu tiếp theo để theo dõi các ảnh hưởng sau này của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Schnetzke, M., et al. (2014)**, "Radial head prosthesis in complex elbow dislocations: effect of oversizing and comparison with ORIF", *Int Orthop.* 38(11), pp. 2295-301. doi: 10.1007/s00264-014-2478-8

2. **Ring, D. (2008)**, "Displaced, unstable fractures of the radial head: fixation vs. replacement--what is the evidence?", *Injury.* 39(12), pp. 1329-37. doi:10.1016/j.injury.2008.04.011

3. **Tejwani, Nirmal C. and Mehta, Hemang (2007)**, "Fractures of the Radial Head and Neck: Current Concepts in Management", *JAAOS - Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons.* 15(7), pp. 380-387

4. **Catellani, F., et al. (2018)**, "Radial Head Resection versus Arthroplasty in Unreparable Comminuted Fractures Mason Type III and Type IV: A Systematic Review", *Biomed Res Int.* 2018, p. 4020625. doi:10.1155/2018/4020625

5. **López, Yaiza, et al. (2016)**, "Comminuted fractures of the radial head: resection or prosthesis?", *Injury.* 47, pp. S29-S34. doi:https://doi.org/10.1016/S0020-1383(16)30603-9

6. **Rahmi, H., et al. (2018)**, "Clinical outcomes of anconeus interposition arthroplasty after radial head resection in native and prosthetic radial heads", *J Shoulder Elbow Surg.* 27(6s), pp. S29-S34. doi:10.1016/j.jse.2018.02.052

7. **Özsoy, M. H., et al. (2016)**, "Anconeus interposition arthroplasty in acute multiligamentous elbow injuries with irreparable radial head fractures: a novel approach", *Acta Orthop Traumatol Turc.* 50(3), pp. 303-8. doi:10.3944/aott.2015.15.0092

8. **Crönlein, M., et al. (2017)**, "Using an anatomically preshaped low-profile locking plate system leads to reliable results in comminuted radial head fractures", *Arch Orthop Trauma Surg.* 137(6), pp.789-795. doi:10.1007/s00402-017-2693-z

ĐÁNH GIÁ KIỂU HÌNH NHA CHU VÙNG RĂNG TRƯỚC VÀ RĂNG CỐI NHỎ HÀM TRÊN Ở NGƯỜI TỪ 18 ĐẾN 25 TUỔI

Trương Huỳnh Diễm Uyên¹, Đỗ Thu Hằng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định và so sánh chiều cao nướu sừng hóa, độ dày nướu và độ dày xương ổ mặt ngoài của các nhóm răng trước và răng cối nhỏ hàm trên ở người từ 18 đến 25 tuổi. **Phương pháp nghiên cứu:** 121 đối tượng tuổi từ 18 đến 25 tham gia nghiên cứu có sức khỏe toàn thân tốt, mô nha chu vùng răng trước và cối nhỏ hàm trên lành mạnh. Tất cả đối tượng nghiên cứu được khám lâm sàng và chụp phim cắt lớp điện toán chùm tia hình nón (CBCT). Độ dày nướu (ĐDN) và độ dày xương ổ răng (ĐDXO) mặt ngoài của các nhóm răng trước và răng cối nhỏ hàm

trên được đo đạc trên phim CBCT. Chiều cao nướu sừng hóa (CCNSH) được đo đạc trên lâm sàng bằng phương pháp nhuộm hóa mô. Sử dụng các phép kiểm thống kê thích hợp để so sánh sự khác biệt giữa các nhóm răng trước và răng cối nhỏ hàm trên về CCNSH, ĐDN và ĐDXO. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu là 21,8 tuổi, nam chiếm 51,2%. Theo thứ tự nhóm răng cửa giữa, cửa bên, nanh, cối nhỏ thứ nhất và cối nhỏ thứ hai, CCNSH lần lượt là 5,53 ± 1,34 mm, 5,81 ± 1,45 mm, 4,97 ± 1,42 mm, 3,65 ± 1,13 mm, 4,25 ± 1,34 mm, ĐDN lần lượt là 1,56 ± 0,29 mm, 1,35 ± 0,25 mm, 1,30 ± 0,30 mm, 1,60 ± 0,32 mm, 1,87 ± 0,42 mm và ĐDXO lần lượt là 1,03 ± 0,23 mm, 1,01 ± 0,22 mm, 1,06 ± 0,31 mm, 1,20 ± 0,36 mm, 1,49 ± 0,44 mm. Chiều cao nướu sừng hóa cao nhất ở răng cửa bên và thấp nhất ở răng cối nhỏ thứ nhất (p < 0,05). Trung bình ĐDN ở nhóm răng cửa bên và răng nanh thấp hơn đáng kể so với các nhóm răng còn lại (p < 0,05). ĐDXO nhóm răng cối nhỏ cao hơn nhóm răng trước có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). **Kết luận:** Có sự khác biệt về CCNSH, ĐDN

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng

²Đại học Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trương Huỳnh Diễm Uyên

Email: thduyen@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2024

Ngày duyệt bài: 25.10.2024