

hai nhóm còn lại do bệnh nhân ghép thận được giải phóng khỏi việc đi lọc máu định kỳ hoặc phải mang trên mình hệ thống thẩm phân phúc mạc. Quả thận mới giúp bệnh nhân duy trì nội môi ổn định hơn, qua đó phần nào cải thiện sức khỏe cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Nhiều tác giả cũng đưa ra nhận định tương tự như Ki-Soo Park [5], Lidwien A. Tjaden [7], Arwa M. El Shafei [6]. Bệnh nhân thẩm phân phúc mạc ($77,84 \pm 11,58$) có chất lượng cuộc sống tốt hơn nhóm bệnh nhân lọc máu ($70,4 \pm 8,7$) do thẩm phân giúp duy trì nội môi ổn định hơn, ít bị gián đoạn trong công việc hằng ngày do phải đến trung tâm lọc máu, có chế độ ăn uống ít bị hạn chế hơn. Tác giả Shari K. Neul [4] và Ki-Soo Park [5] cũng đưa ra kết luận tương tự.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối cảm thấy khó khăn nhất khi tương tác với gia đình bạn bè và chịu tác động bởi các thay đổi ngoại hình. Bệnh nhân nữ, ở nông thôn, có phụ huynh phải nghỉ làm ở nhà có chất lượng cuộc sống thấp hơn. Biểu chứng thiếu máu, suy dinh dưỡng, thấp lùn có tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Bệnh nhân ghép thận có chất lượng cuộc sống tốt hơn hai nhóm còn lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Thúy Quỳnh** (2015). "Đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối điều trị thay thế thận". Luận văn thạc sĩ.
2. **Goldstein SL, Graham N, Warady BA, Seikaly M, McDonald R, Burwinkle TM, et al.** (2008). Measuring health-related quality of life in children with ESRD: performance of the generic and ESRD-specific instrument of the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL). *Am J Kidney Dis.* 51(2) pp.285–97.
3. **Inker LA, Astor BC, Fox CH, Isakova T, Lash JP, Peralta CA, et al.** (2014). KDOQI US commentary on the 2012 KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of CKD. *Am J Kidney Dis.* 63(5) pp.713–35.
4. **Neul SK, Minard CG, Currier H, Goldstein SL.** (2013). Health-related quality of life functioning over a 2-year period in children with end-stage renal disease. *Pediatr Nephrol.* 28(2) pp.285–93.
5. **Park K-S, Hwang YJ, Cho MH, Ko CW, Ha IS, Kang HG, et al.** (2012). Quality of life in children with end-stage renal disease based on a PedsQL ESRD module. *Pediatr Nephrol.* 27(12) pp.2293–300.
6. **El Shafei AM, Soliman Hegazy I, Fadel FI, Nagy EM.** (2018). Assessment of quality of life among children with end-stage renal disease: a cross-sectional study. *J Environ Public Health.*
7. **Tjaden LA, Grootenhuys MA, Noordzij M, Groothoff JW.** (2016). Health-related quality of life in patients with pediatric onset of end-stage renal disease: state of the art and recommendations for clinical practice. *Pediatr Nephrol.* 31(10) pp.1579–91.

DẤU HIỆU SAI KHỚP CẨN HẠNG II SỚM Ở BỘ RĂNG SỮA (NGHIÊN CỨU DỌC TRÊN MẪU HÀM)

Trần Thị Bích Vân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Theo phân loại của Angle, tương quan răng cối lớn thứ nhất ở bộ răng vĩnh viễn được chia thành 3 dạng là hạng I, hạng II và hạng III. Trong đó, tương quan R6 hạng I được xem là bình thường và 2 dạng còn lại được xem là bất thường. Theo nhiều nghiên cứu, tương quan R6 hạng II (sai khớp cắn hạng II) là dạng chiếm tỷ lệ khá cao trong dân số. Sai khớp cắn hạng II nếu được phát hiện, theo dõi và can thiệp đúng thời điểm có thể giúp cho những trường hợp sai hình nhẹ, do răng có cơ hội phát triển thành tương quan khớp cắn bình thường. Đối với những trường hợp sai hình nặng hơn, có sai biệt về xương hàm, việc can thiệp sớm có thể giúp thay đổi hướng tăng trưởng làm sai hình nhẹ hơn. Để

có thể phát hiện sớm sai khớp cắn hạng II và can thiệp đúng thời điểm, đòi hỏi Bác sĩ phải biết được những dấu hiệu sớm từ đó có thể theo dõi những trường hợp nguy cơ, can thiệp đúng yếu tố và đúng thời điểm giúp tăng khả năng điều trị thành công. Trên thế giới, không có nhiều nghiên cứu đánh giá các yếu tố răng, cung răng ở bộ răng sữa liên quan đến 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 "Dấu hiệu sai khớp cắn hạng II sớm ở bộ răng sữa (nghiên cứu dọc trên mẫu hàm)". **Mục tiêu:** So sánh các yếu tố kích thước răng, kích thước cung răng, khe hở ở cung răng sữa, tương quan vùng răng trước và răng sau ở bộ răng sữa giữa nhóm có tương quan R6 hạng I và nhóm có tương quan R6 hạng II ở bộ răng vĩnh viễn. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng nghiên cứu gồm 64 trẻ (128 phần hàm) được theo dõi dọc từ giai đoạn bộ răng sữa (T1) đến bộ răng vĩnh viễn (T3). Nghiên cứu đánh giá 23 biến số về kích thước răng, kích thước cung răng, tương quan về kích thước răng, cung răng giữa hai hàm ở giai đoạn T1 liên quan đến tương quan R6 hạng II ở bộ

¹Đại Học Y Dược Tp.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Bích Vân

Email: ttbvan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

răng vĩnh viễn. **Kết quả:** so với nhóm có tương quan khớp cắn hạng I bình thường, nhóm có SKC hạng II có những đặc điểm trên MH về răng và tương quan răng ở bộ răng sữa như sau: có độ cắn chìa lớn, có độ cắn phủ lớn và chiếm phần lớn dạng MPTC RE bậc xuống xa và sự khác biệt về những yếu tố trên là rất có ý nghĩa về mặt thống kê ($p < 0,001$). Riêng đối với các yếu tố về kích thước răng và tương quan kích thước răng, kích thước cung răng và khe hở ở cung răng sữa giữa hai nhóm hạng II và hạng I gần như khác biệt không có ý nghĩa ($p > 0,05$). **Kết luận:** Tình trạng sai khớp cắn hạng II có những dấu hiệu có thể phát hiện sớm ở bộ răng sữa đó là trẻ có độ cắn chìa, cắn phủ lớn và thường có tương quan MPTC RE bậc xuống xa. Kết quả nghiên cứu giúp giúp cho việc phát hiện sớm, chẩn đoán và là cơ sở để nhận biết nhóm có nguy cơ cao có khả năng sai khớp cắn hạng II sau này để có kế hoạch theo dõi và can thiệp kịp thời.

Từ khóa: sai khớp cắn hạng II, dấu hiệu sớm ở bộ răng sữa

SUMMARY

SIGNS OF EARLY CLASS II MALOCCLUSION IN PRIMARY DENTITION (LONGITUDINAL STUDY ON MODELS)

Background: According to Angle's classification, the first molar relationship in the permanent dentition is categorized into three types: Class I, Class II, and Class III. The class I molar relationship is considered normal, while the other two types are considered abnormal. Numerous studies indicate that class II molar relationship (Class II malocclusion) is fairly common in the population. When Class II malocclusion is identified, monitored, and intervened in a suitable time, most of mild cases are afforded the opportunity to develop into a normal malocclusion relationship. In more severe instances, cause by skeletal discrepancies, early intervention may change growth patterns and help the malocclusion become lighter. The early detection and timely intervention of Class II malocclusion necessitate that practitioners recognize the initial signs to monitor high-risk cases and implement appropriate interventions helps improve the success rate of treatment. Globally, there is a shortage of longitudinal studies examining the dental and dental arch factors in primary dentition related to the Class II malocclusion in permanent dentition. Furthermore, in Vietnam, no research has been conducted on this topic concerning the Vietnamese population. Therefore, we conducted the study titled "Signs of early Class II malocclusion in primary Dentition (Longitudinal study on models)."

Objectives: To compare the factors of tooth size, arch size, spacing in the dental arch of the primary dentition, and the relationship between the anterior and posterior teeth in the primary dentition between the group with class II molar relationship and the group with class I molar relationship in the permanent dentition. **Materials and methods:** The study followed 64 children, evaluating a total of 128 dental arches (64 upper and 64 lower) from primary dentition (T1) to the permanent dentition stage (T3). It accesses 23 variables related to tooth size, dental arch size, tooth size correlation, and dental arch

relationship between the two jaws at the T1 stage in relation to the class II molar relationship in the permanent dentition. **Results:** In comparison to the group with normal class I occlusal correlation, the group with class II malocclusion exhibited specific characteristics regarding dental measures and correlations in the primary dentition, such as increased overbite and predominantly second deciduous molar distal step plane. The differences in these factors were statistically significant ($p < 0.001$). The variables of tooth size, tooth size correlation, dental arch size, and dental arch gap between the class II and class I groups were found no significant different ($p > 0.05$). **Conclusion:** Class II malocclusion presents early detectable signs in the primary dentition, including increased overbite and frequent second deciduous molar distal step plane. The findings of this study facilitate early detection and diagnosis and provide a foundational basis for identifying individuals at high risk of future class II malocclusion, thereby supporting timely monitoring and intervention strategies.

Keywords: Class II malocclusion, early signs in primary dentition.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

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

Sai khớp cắn hạng II nếu được phát hiện sớm, theo dõi và can thiệp đúng thời điểm có thể giúp cho những trường hợp sai hình nhẹ và trung bình có cơ hội phát triển thành tương quan khớp cắn bình thường, giảm khả năng phải điều trị toàn diện sau này. Đối với những trường hợp sai hình nặng hơn, nguyên nhân do bất hài hòa kích thước xương hàm, việc can thiệp sớm có thể giúp thay đổi hướng tăng trưởng làm sai hình nhẹ hơn, giảm nhẹ mức độ trầm trọng trong giai đoạn sau thậm chí tránh được phải phẫu thuật xương hàm trong trường hợp sai hình quá nặng.

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 sai khớp cắn hạng II. Từ đó, có thể phát hiện sớm, theo dõi những trường hợp nguy cơ cao, can thiệp đúng thời điểm và điều trị nhằm vào yếu tố nguyên nhân làm tăng khả năng thành công⁽⁵⁾. Chính vì thế, việc phát hiện sớm những trường hợp có nguy cơ sai khớp cắn hạng II là rất quan trọng, điều

này không chỉ giúp nhận ra, theo dõi những trường hợp nguy cơ cao mà còn giúp can thiệp đúng thời điểm và điều trị nhằm vào yếu tố nguyên nhân. Trên thế giới, không có nhiều nghiên cứu dọc đánh giá các yếu tố răng, cung răng ở bộ răng sữa liên quan đến 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 “Dấu hiệu sai khớp cắn hạng II sớm ở bộ răng sữa (nghiên cứu dọc trên mẫu hàm)” với mục tiêu như sau:

1. So sánh các yếu tố về kích thước răng và tương quan kích thước răng ở bộ răng sữa giữa nhóm có tương quan R6 hạng II và nhóm có tương quan R6 hạng I bình thường ở bộ răng vĩnh viễn.
2. So sánh các yếu tố về kích thước cung răng ở bộ răng sữa giữa nhóm có tương quan R6 hạng II và nhóm có tương quan R6 hạng I bình thường ở bộ răng vĩnh viễn.
3. So sánh các yếu tố về khe hở cung răng ở bộ răng sữa giữa nhóm có tương quan R6 hạng II và nhóm có tương quan R6 hạng I bình thường ở bộ răng vĩnh viễn.
4. So sánh các yếu tố về tương quan vùng răng trước và vùng răng sau ở bộ răng sữa giữa nhóm có tương quan R6 hạng II và nhóm có tương quan R6 hạng I bình thường ở bộ răng vĩnh viễn.

Bảng 1: Tổng hợp các biến số

STT	Tên biến	Đơn vị	Giá trị
Kích thước răng và tương quan kích thước răng			
1	Tổng kích thước G-X RC, RD và RE HT	mm	Định lượng
2	Tổng kích thước G-X RC, RD và RE HD	mm	Định lượng
3	Tỉ lệ tổng kích thước G-X RC, RD, RE giữa HD và HT	%	Định lượng
4	Kích thước G-X RE HT	mm	Định lượng
5	Kích thước G-X RE HD	mm	Định lượng
6	Tỉ lệ kích thước G-X RE giữa HD và HT	%	Định lượng
Kích thước cung răng			
7	Chiều rộng cung răng vùng RE HT	mm	Định lượng
8	Chiều rộng cung răng vùng RE HD	mm	Định lượng
9	Chiều sâu cung răng vùng RE HT	mm	Định lượng
10	Chiều sâu cung răng vùng RE HD	mm	Định lượng
11	Chu vi toàn bộ cung răng HT	mm	Định lượng
12	Chu vi vùng răng sau HT	mm	Định lượng
13	Chu vi toàn bộ cung răng HD	mm	Định lượng
14	Chu vi vùng răng sau HD	mm	Định lượng
Khe hở ở cung răng sữa			
15	Khe hở toàn bộ cung răng HT	mm	Định lượng
16	Khe hở toàn bộ cung răng HD	mm	Định lượng
17	Khe hở linh trưởng 1 bên HT	mm	Định lượng
18	Khe hở linh trưởng 1 bên HD	mm	Định lượng
19	Khe hở vùng R sau 1 bên HT	mm	Định lượng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mẫu nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm mẫu hàm được chọn từ kho dữ liệu nghiên cứu của 287 trẻ tham gia chương trình “Theo dõi và chăm sóc răng miệng đặc biệt trong 15 năm (1996-2010)” thực hiện tại Khoa Răng Hàm Mặt, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.

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

Tiêu chuẩn chọn mẫu hàm

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

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

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu dọc

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

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

- Biến số độc lập gồm có 23 biến số về kích thước răng, tương quan kích thước răng; kích thước cung răng; tình trạng khe hở trên cung răng; tương quan vùng răng trước và răng sau giữa hai cung răng ở giai đoạn T1.

20	Khe hở vùng R sau 1 bên HD	mm	Định lượng
Tương quan vùng răng trước và răng sau			
21	Độ cắn phủ	%	Định lượng
22	Độ cắn chìa	mm	Định lượng
23	Tương quan MPTC RE		Định tính

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Mẫu nghiên cứu có tổng cộng 128 phần hàm, trong đó nhóm hạng I có 99 phần hàm, nhóm hạng II có 29 phần hàm. Phần kết quả dưới đây sẽ trình bày lần lượt theo từng nhóm yếu tố như sau:

1. Các yếu tố về kích thước răng và tương quan kích thước răng ở bộ răng sữa.

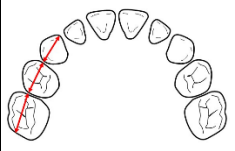
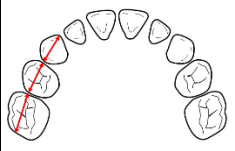
2. Các yếu tố về kích thước cung răng ở bộ răng sữa.

3. Các yếu tố về khe hở ở cung răng ở bộ răng sữa.

4. Các yếu tố về tương quan vùng răng trước và răng sau ở bộ răng sữa.

Các yếu tố về kích thước răng và tương quan kích thước răng

Bảng 2. So sánh những yếu tố kích thước răng và tương quan kích thước răng ở T1 giữa nhóm hạng I với nhóm hạng II

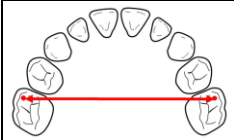
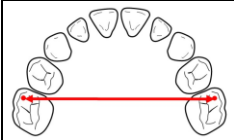
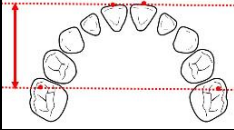
STT	Biến số (đơn vị)	Hình minh họa	Hạng I (n=99)	Hạng II (n=29)	
			TB±ĐLC	TB±ĐLC	
1	Σ kích thước G-X RC,D,E HT (mm)		23,0±0,9	23,2±0,8	
			p=0,24 ^a		
2	Σ kích thước G-XRC,D,E HD (mm)		23,9±1,0	23,9±1,0	
			p=0,41 ^b		
3	Tỉ lệ Σ kích thước G-X RC,D,E HD/HT (%)		103,9±3,7	104,1±3,1	
			p=0,50 ^a		
4	Kích thước G-X RE HT (mm)		9,1±0,5	9,1±0,4	
			p=0,99 ^b		
5	Kích thước G-X RE HD (mm)		10,0±0,5	9,8±0,5	
			p=0,51 ^b		
6	Tỉ lệ kích thước G-X RE HD/HT (%)		110,1±5,2	109,3±4,7	
			p=0,67 ^a		

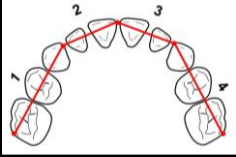
^aKiểm định Mann-whitney, Trong tất cả các biến số về kích thước răng bao gồm tổng kích thước G-X nhóm răng C, D, E và kích thước răng E của hai hàm. Kết quả cho thấy kích thước răng HT ở nhóm hạng II có khuynh hướng lớn hơn so với nhóm hạng I bình thường. Trong khi đó, kích thước răng sữa HD ở

^bKiểm định t-test, *Khác biệt có ý nghĩa (p < 0,05) nhóm hạng II có khuynh hướng nhỏ hơn so với nhóm hạng I bình thường. Tuy nhiên, sự khác biệt về kích thước răng, tỉ lệ kích thước răng giữa hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Các yếu tố về kích thước cung răng

Bảng 3. So sánh những yếu tố kích thước cung răng ở T1 giữa nhóm hạng I với nhóm hạng II

STT	Biến số (đơn vị)	Hình minh họa	Hạng I (n=99)	Hạng II (n=29)	
			TB±ĐLC	TB±ĐLC	
1	Rộng vùng RE HT (mm)		44,4±2,1	44,6±2,0	
			p=0,51 ^b		
2	Rộng vùng RE HD (mm)		36,9±1,5	37,4±2,1	
			p=0,20 ^b		
3	Sâu vùng RE HT (mm)		20,9±1,6	21,1±1,2	
			p=0,57 ^b		
4	Sâu vùng RE HD (mm)		18,1±1,2	18,2±1,2	
			p=0,54 ^b		
5	Chu vi toàn bộ HT (mm)		73,6±2,9	73,6±2,7	
			p=0,96 ^b		

6	Chu vi toàn bộ HD (mm)		67,9±2,8	68,2±3,1
			p=0,59 ^b	
7	Chu vi vùng răng sau HT (mm)		23,4±0,9	23,4±0,7
			p=0,89 ^b	
8	Chu vi vùng răng sau HD (mm)		24,2±0,9	24,4±0,9
			p=0,30 ^b	

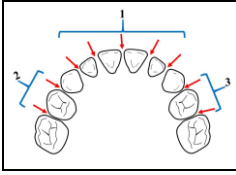
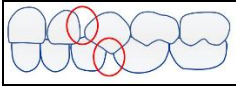
^bKiểm định t-test, *Khác biệt có ý nghĩa (p < 0,05)

Đối với hàm trên, yếu tố kích thước chiều rộng cung răng, chiều sâu cung răng ở nhóm hạng II có khuynh hướng lớn hơn nhóm hạng I (p>0,05). Trong khi đó, yếu tố chu vi toàn bộ cung răng và chu vi vùng răng sau ở nhóm hạng II có khuynh hướng tương đương với nhóm hạng I (p>0,05).

Đối với hàm dưới, tất cả các yếu tố kích thước chiều rộng cung răng, chiều sâu cung răng, chu vi toàn bộ cung răng và chu vi vùng răng sau ở nhóm hạng II có khuynh hướng lớn hơn so với nhóm hạng I tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Các yếu tố về khe hở ở cung răng sữa

Bảng 4. So sánh những yếu tố khe hở cung răng ở T1 giữa nhóm hạng I với nhóm hạng II

STT	Biến số (đơn vị)	Hình minh họa	Hạng I (n=99) TB±ĐLC	Hạng II (n=29) TB±ĐLC	
1	Khe hở toàn HT (mm)		3,8±2,0	3,4±3,1	
			p=0,40 ^b		
2	Khe hở toàn HD (mm)		2,6±2,0	2,3±2,3	
			p=0,36 ^a		
3	Khe hở R sau 1 bên HT (mm)		1,0±0,5	0,9±0,8	
			p=0,16 ^a		
4	Khe hở R sau 1 bên HD (mm)		0,5±0,4	0,4±0,4	
			p=0,20 ^b		
5	Khe hở linh trường 1 bên HT (mm)		2,0±0,9	1,9±1,6	
			p=0,18 ^a		
6	Khe hở linh trường 1 bên HD (mm)		1,0±0,7	0,8±0,8	
			p=0,14 ^b		

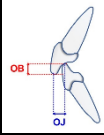
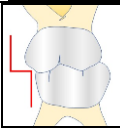
^aKiểm định Mann-whitney, ^bKiểm định t-test, *Khác biệt có ý nghĩa (p < 0,05)

Theo y văn, bộ răng sữa có khe hở là một trong những yếu tố cần có của một bộ răng sữa lý tưởng. Bộ răng sữa được xem là lý tưởng khi có khả năng cao phát triển thành một bộ răng khớp cắn bình thường trong tương lai^{1,2,6}. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm có tương quan R6 hạng I có tất cả các khe hở bao gồm khe hở

toàn bộ cung răng, khe hở vùng răng sau, khe hở linh trường ở cả hai hàm đều có khuynh hướng lớn hơn nhóm có tương quan R6 hạng II. Tuy nhiên, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Các yếu tố về tương quan vùng răng trước và răng sau

Bảng 5. So sánh những yếu tố về tương quan vùng răng trước và răng sau ở T1 giữa nhóm hạng I với nhóm hạng II

STT	Biến số (đơn vị)	Hình minh họa	Hạng I (n=99) TB±ĐLC	Hạng II (n=29) TB±ĐLC	
1	Độ cắn phủ (%)		38,3±21,4	53,7±27,9	
			p=0,001 ^{*b}		
2	Độ cắn chìa (mm)		1,8±1,1	2,6±1,3	
			p<0,001 ^{*b}		
3	Tương quan MPTC RE n (%)		Thẳng	33 (69)	15 (31)
			Bậc xuống gần	65 (87)	10 (13)
		Bậc xuống xa	1 (20)	4 (80)	
			p=0,001 ^{*c}		

^bKiểm định t-test, ^cKiểm định chính xác Fisher, *Khác biệt có ý nghĩa (p < 0,05)

Kết quả so sánh các yếu tố thuộc về tương quan vùng răng trước và vùng răng sau ở giai đoạn bộ răng sữa giữa nhóm hạng II với nhóm hạng I và giữa nhóm hạng III với nhóm hạng I ở bảng 5 cho thấy:

- Đối với yếu tố độ cắn phủ, nhóm hạng II có độ cắn phủ ở bộ răng sữa là 53,7% lớn hơn so với nhóm hạng I (38,3%) và sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nhiều tác giả cho rằng khi trẻ có tình trạng cắn sâu, cung răng hàm dưới bị khóa phía trong cung răng hàm trên làm cho xương hàm dưới bị kềm hãm, không có cơ hội phát triển từ đó làm tăng khả năng có sai khớp cắn hạng II sau này^{3,4,7,8}. Kết quả nghiên cứu này cũng đồng thuận với ý kiến trên.

- Đối với yếu tố độ cắn chìa, nhóm hạng II có độ cắn chìa ở bộ răng sữa là 2,6 mm lớn hơn so với nhóm hạng I (1,8 mm) và sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Theo nhiều tác giả, độ cắn chìa lớn ở bộ răng sữa là dấu hiệu sớm của sai biệt hai cung răng theo chiều trước sau và tình trạng này hầu như không cải thiện theo thời gian^{3,7,8}.

- Đối với yếu tố tương quan vùng răng sau, kết quả cho thấy tương quan MPTC RE ở bộ răng sữa khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm với $p = 0,001$. Cụ thể trong những trường hợp có tương quan MPTC RE dạng thẳng và bậc xuống gần, nhóm hạng I chiếm tỉ lệ cao lần lượt là 69% và 87%, ngược lại nhóm hạng II lại chiếm đến 80% trong những trường hợp có tương quan MPTC RE là dạng bậc xuống xa. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với một vài tác giả cho rằng phần lớn trường hợp có tương quan MPTC RE dạng bậc xuống xa đều chuyển thành tương quan R6 hạng II ở bộ răng vĩnh viễn^{3,5,7,8}. Theo nhiều tác giả, nếu tương quan ở bộ răng sữa có dạng bậc xuống xa nghĩa là đã có hiện diện sai biệt tương quan theo chiều trước sau giữa cung răng HT và cung răng HD và sự sai biệt này có khuynh hướng trầm trọng hơn theo thời gian^{3,7,8}. Chính vì thế, cần phải theo dõi chặt chẽ đặc biệt là những trường hợp bậc xuống xa ở bộ răng sữa nhưng chuyển thành R6 hạng II 100% ở bộ răng hỗn hợp và bắt đầu điều trị can thiệp càng sớm càng tốt.

Tóm lại, so với nhóm có tương quan khớp cắn hạng I bình thường, nhóm có SKC hạng II có những đặc điểm trên MH về răng và tương quan răng ở bộ răng sữa như sau: có độ cắn chìa lớn, có độ cắn phủ lớn và chiếm phần lớn dạng MPTC RE bậc xuống xa và sự khác biệt về những yếu tố trên là rất có ý nghĩa về mặt thống kê. Riêng đối với các yếu tố về kích thước răng và

tương quan kích thước răng, kích thước cung răng và khe hở ở cung răng sữa giữa hai nhóm hạng II và hạng I gần như khác biệt không có ý nghĩa. Như vậy, qua kết quả nghiên cứu có thể kết luận, nhưng dấu hiệu sớm ở bộ răng sữa của SKC hạng II là trẻ có độ cắn chìa, cắn phủ lớn và thường có tương quan MPTC RE bậc xuống xa.

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 MH ở bộ răng sữa như độ cắn chìa, độ cắn phủ lớn và thường có tương quan MPTC RE bậc xuống xa là những yếu tố mang tính chất cảnh báo và được xem là dấu hiệu sớm của tình trạng sai khớp cắn hạng II.

IV. KẾT LUẬN

Kết quả của nghiên cứu đã đưa cho thấy có thể phát hiện sớm tình trạng sai khớp cắn hạng II ở bộ răng sữa nhờ những dấu hiệu độ cắn chìa, độ cắn phủ lớn và thường có tương quan MPTC RE bậc xuống xa. Điều này có ý nghĩa quan trọng vì giúp cho việc phát hiện sớm, chẩn đoán và là cơ sở để nhận biết nhóm nguy cơ cao có khả năng SKC hạng II sau này để có kế hoạch theo dõi và can thiệp kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thuý Nga.** Nha khoa trẻ em. Nhà xuất bản Y học; 2001.
2. **Đông Khắc Thắm.** Chỉnh hình răng mặt. Nhà xuất bản Y học TP. Hồ Chí Minh; 2004.
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.*
4. **Baume LJ.** Physiological tooth migration and its significance for the development of occlusion; the biogenesis of accessional dentition. *J Dent Res.* Jun 1950;29(3):331-7.
5. **Bishara SE, Hoppens BJ, Jakobsen JR, Kohout FJ.** Changes in the molar relationship between the deciduous and permanent dentitions: a longitudinal study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* Jan 1988;93(1):19-28.
6. **Proffit WR.** Contemporary Orthodontics. 6th ed. Mosby; 2018.
7. **Varrela J.** Occlusal development in the primary dentition of normal and Class II individuals. *J Dent Res.* 1992. 1992;71(2):745.
8. **Varrela J.** Early developmental traits in class II malocclusion. *Acta Odontol Scand.* Dec 1998;56(6):375-7.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA CÁC TRƯỜNG HỢP THAI PHỤ SỬ DỤNG DỰ PHÒNG CEFAZOLIN TRONG PHẪU THUẬT LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA LÂM ĐỒNG

Nguyễn Hữu Trung¹, Nguyễn Hữu Quang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và mối liên quan với nhiễm khuẩn vết mổ trên sản phụ sử dụng Cefazolin 2g liều duy nhất trước khi rạch da tại bệnh viện đa khoa Lâm Đồng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả tiến cứu khảo sát 357 trường hợp thai phụ có chỉ định mổ lấy thai, sử dụng Cefazolin 2g liều duy nhất trước khi rạch da tại Bệnh Viện Đa Khoa Lâm Đồng từ tháng 02/2023 - 07/2023. Tiêu chuẩn đánh giá nhiễm khuẩn vết mổ bằng thang điểm ASEPSIS được xem là nhiễm khuẩn khi >20 điểm. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là 10/357 trường hợp: 2,8% (KTC95%: 1,1 - 4,8). Tất cả các trường hợp được chẩn đoán là nhiễm khuẩn vết mổ nông, không ghi nhận trường hợp có nhiễm khuẩn vết mổ sâu. Sản phụ có độ tuổi từ 35 trở lên có liên quan đến tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ với OR hiệu chỉnh POR=6,5 (KTC95%: 1,2 - 34,9). Tình trạng thiếu máu trước mổ có liên quan đến tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ với OR hiệu chỉnh POR=7,6 (KTC95%: 1,1 - 52,2). **Kết luận:** Thang đo ASEPSIS có hiệu quả cao trong đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn sau phẫu thuật, cần chú ý theo dõi các trường hợp phụ nữ từ 35 tuổi trở lên và có tình trạng thiếu máu trước sinh, tình trạng sốt sau phẫu thuật. **Từ khóa:** Kháng sinh dự phòng, Cefazolin, nhiễm khuẩn vết mổ lấy thai.

SUMMARY

RESEARCH ON CLINICAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN USING PROPHYLACTIC CEFAZOLIN DURING CESAREAN SECTION AT LAM DONG GENERAL HOSPITAL

Objective: Determine the rate and relationship with surgical wound infection in pregnant women using a single dose of Cefazolin 2g before skin incision at Lam Dong General Hospital. **Methods:** Prospective descriptive study design surveyed 357 cases of pregnant women scheduled for cesarean section, using Cefazolin 2g single dose before skin incision at Lam Dong General Hospital from January February 2023 - July 2023. Standards for assessing surgical site infection using the ASEPSIS scale are considered infections when >20 points. **Results:** The surgical wound infection rate was 10/357 cases: 2.8% (95% CI: 1.1 - 4.8). All cases were diagnosed as superficial surgical wound infections, no cases of deep surgical

wound infections were recorded. Pregnant women aged 35 or older are associated with a higher rate of postoperative infection with adjusted OR POR=6.5 (95% CI: 1.2 - 34.9). Preoperative anemia is associated with postoperative infection rate with adjusted OR POR=7.6 (95% CI: 1.1 - 52.2). **Conclusion:** The ASEPSIS scale is highly effective in assessing post-operative infection. Attention should be paid to monitoring cases of women aged 35 years and older with prenatal anemia and post-operative fever. **Keywords:** Prophylactic antibiotics, Cefazolin, cesarean section infection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai (MLT) đang là vấn đề nhận được nhiều sự quan tâm cũng như chiếm tỉ lệ cao nhất trong các loại phẫu thuật tại các bệnh viện đa khoa và đặc biệt là tại các bệnh viện phụ sản ở các tỉnh. Nhiễm khuẩn vết mổ là một biến chứng thường gặp sau phẫu thuật lấy thai. Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp hàng thứ 2, với tỷ lệ từ 5-10% tại các bệnh viện tại Việt Nam. Mổ lấy thai có nguy cơ nhiễm khuẩn cao hơn 5 – 20 lần so với sanh qua đường âm đạo làm gia tăng tỷ lệ bệnh tật và tử vong, gây ra tình trạng sử dụng kháng sinh kéo dài, thời gian nằm viện lâu, chi phí trong điều trị cao, và làm giảm đi chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Với mục tiêu cải thiện chất lượng chăm sóc cho các bệnh nhân sau mổ nói chung và cải thiện chăm sóc cho các sản phụ sau mổ lấy thai nói riêng, việc sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP) trong phẫu thuật đã được chứng minh là biện pháp hữu hiệu trong việc kiểm soát nhiễm khuẩn vết mổ. Kháng sinh dự phòng (KSDP) nếu được sử dụng ngay trước hoặc sớm trong phẫu thuật sẽ có tác dụng tiêu diệt vi trùng xâm nhập vào cơ thể qua vết mổ, đồng thời ngăn ngừa sự sinh sôi nảy nở của chúng [1].

Bệnh viện Đa khoa Lâm Đồng là bệnh viện hạng I của tỉnh, sử dụng kháng sinh hợp lí luôn là vấn đề được quan tâm trong quá trình thực hành lâm sàng tại đơn vị, đặc biệt là việc sử dụng kháng sinh trong phẫu thuật. Tại bệnh viện, bệnh nhân mổ lấy thai chiếm tỷ lệ lớn trong tổng số bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả khi sử dụng kháng sinh Cefazolin để dự phòng nhiễm khuẩn vết mổ thành bụng trên nhóm bệnh nhân

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lâm Đồng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Trung

Email: drtrung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024