

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RĂNG NANH NGẦM

Nguyễn Thị Bích Ngọc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng răng nanh ngầm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 80 bệnh nhân được chẩn đoán răng nanh ngầm đến khám và điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, trung tâm kỹ thuật cao, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt và bệnh viện Răng Hàm mặt Trung Ương Hà Nội. **Kết quả:** Răng nanh ngầm một bên là chủ yếu chiếm tỉ lệ 85%, và răng nanh ngầm hai bên ít gặp hơn chiếm 15%. Các đặc điểm lâm sàng hay gặp của răng nanh ngầm: Khấp khểnh thiếu chỗ 81%, răng cửa bên bị nghiêng xa 75%, lệch đường giữa 78% và răng nanh sữa còn trên cung hàm 48,75%. **Kết luận:** Răng khấp khểnh thiếu chỗ, răng cửa bên bị nghiêng xa và lệch đường giữa là các đặc điểm lâm sàng nổi bật của răng nanh ngầm.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTIC OF IMPACTED CANINE

Objective: To describe the clinical characteristics of impacted canines. **Subjects and Methods:** The study was conducted on 80 patients diagnosed with impacted canines at Hanoi Medical University Hospital, the Faculty of Odonto-Stomatology at Hanoi Medical University, and the National Hospital of Odonto-Stomatology in Hanoi. **Results:** Impacted maxillary canines accounted for the majority (93.48%), with unilateral and bilateral impactions observed at rates of 85% and 15%, respectively. Crowding was noted in 81% of cases, while distal inclination of the lateral incisors was observed in 75%, midline discrepancy was 75% and less frequency is retained deciduous canine 48,75%. **Conclusion:** Maxillary canines are more frequently impacted than mandibular canines. Crowding, distal inclination of the lateral incisors and midline discrepancy are prominent clinical features of impacted canines.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng nanh ngầm là một bất thường trong quá trình mọc răng. Tỉ lệ răng nanh ngầm theo các nghiên cứu trên thế giới khoảng 0,92-2,2 %, ở nữ gặp nhiều hơn nam. Một số nghiên cứu cho thấy tỉ lệ cao hơn khoảng 3% [1]. Răng nanh ngầm thường gặp thứ hai sau răng khôn hàm dưới. Răng nanh ngầm thường gây rất nhiều khó khăn cho bác sĩ trong vấn đề điều trị liên quan đến cơ học để di chuyển răng về đúng vị trí trên

cung hàm hay đảm bảo rằng có một tổ chức nha chu khoẻ mạnh. Việc điều trị thành công đưa răng ngầm về đúng vị trí trên cung hàm phụ thuộc vào các yếu tố như vị trí răng ngầm, tính khả thi của việc tạo ra được lực kéo trong miệng, tình trạng nha chu và tuổi của bệnh nhân. Tuổi càng cao tiên lượng càng kém. Vì vậy phát hiện sớm răng mọc ngầm bất thường thông qua các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để từ đó can thiệp dự phòng có hiệu quả răng nanh ngầm là rất cần thiết. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng của răng nanh ngầm để từ đó có thể giúp cho các bác sĩ lâm sàng nhận biết sớm dấu hiệu của răng nanh ngầm để từ đó có thể điều trị dự phòng hiệu quả.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu. Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Khoa răng hàm mặt Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội.

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên bệnh nhân đến khám và được chẩn đoán răng nanh ngầm.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán răng nanh ngầm, chưa từng được điều trị chỉnh nha, chưa từng nhổ răng vĩnh viễn nào (Ngoại trừ răng khôn mọc lệch).

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân bị dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu: 80 bệnh nhân

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.4. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu. Số liệu thu thập được làm sạch nhập vào phần mềm SPSS. Thống kê mô tả bao gồm số lượng, tỉ lệ, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện dựa trên khám bệnh nhân và quan sát trên phim Xquang nên không gây nguy cơ cho bệnh nhân và đảm bảo quyền riêng tư của đối tượng nghiên cứu, thông tin thu thập chỉ phục vụ cho lợi ích của nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố tuổi và giới của nhóm bệnh nhân có răng nanh ngầm

Giới	Tuổi		
	<15	≥15	Trung bình ± SD
Nam	42,11%	33,33%	13,8 ± 2,9

¹Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bích Ngọc

Email: bichngoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.12.2024

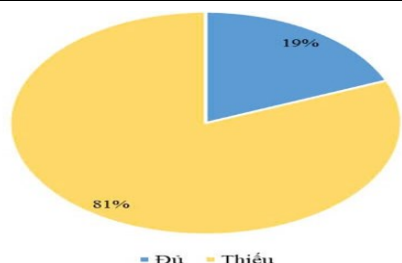
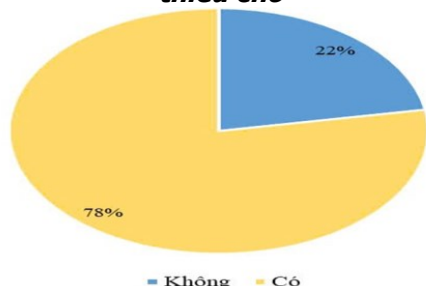
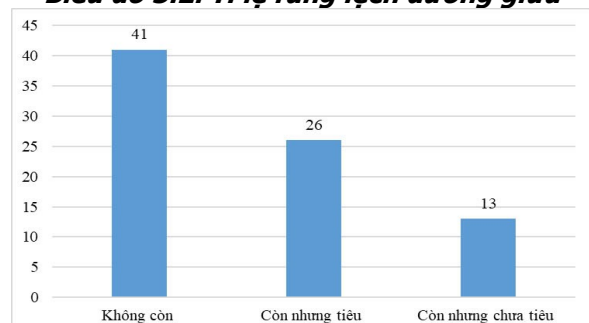
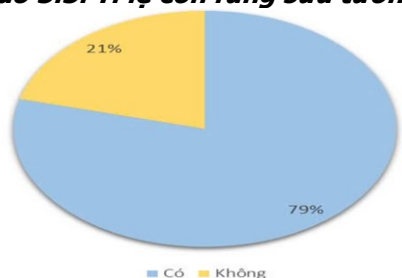
Ngày phản biện khoa học: 23.01.2025

Ngày duyệt bài: 26.2.2025

Nữ	57,89%	66,67%	$14,1 \pm 3,7$
Tổng	100%	100%	$14 \pm 3,4$

Bảng 3.2. Phân bố răng nanh ngầm

Răng nanh ngầm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Một bên	68	85%
Hai bên	12	15%
Tổng số	80	100%

**Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ răng khấp khểnh thiếu chỗ****Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ răng lệch đường giữa****Biểu đồ 3.3: Tỷ lệ còn răng sữa tương ứng****Biểu đồ 3.4: Tỷ lệ răng cửa bên nghiêng**

IV. BÀN LUẬN

Răng nanh đóng một vai trò rất quan trọng trên cung răng cũng như khớp cắn. Về mặt thẩm mỹ nó là răng chuyển tiếp về hình thể từ các

răng cửa có mặt ngoài phẳng và địa cắn phẳng sang các răng hàm có mặt ngoài phồng và đỉnh mũi nhọn. Về mặt chức năng răng nanh có một chân khoẻ đảm nhận nhiệm vụ hướng dẫn đưa hàm sang bên.

Răng nanh ngầm có tỉ lệ cao thứ hai sau răng khôn hàm dưới mọc lệch. Răng nanh ngầm thường gặp ở một bên nhiều hơn hai bên và hàm trên hay gặp hơn hàm dưới. Nghiên cứu này cho thấy răng nanh ngầm một bên chiếm 85% trong đó hai bên chỉ có 15% giống với các nghiên cứu khác trên thế giới. Cho đến nay chưa có lý giải thuyết phục nào giải thích cho hiện tượng trên, nhưng có thể bệnh căn của răng nanh ngầm thường do cản trở cơ học đường mọc như u răng, nang răng nên chỉ bị một vị trí. Kết quả nghiên cứu của Ericson và cộng sự [2] tỉ lệ răng nanh giữa nam và nữ là 2:3 và tương đồng với kết quả chúng tôi. Tuy nhiên một số nghiên cứu khác thì cho tỉ lệ 1:3 [3]. Điều này có thể do sự khác biệt về tăng trưởng và phát triển giữa hai giới và do khác biệt di truyền giữa các chủng tộc. Ngoài ra một lý do khác có thể đó là bệnh nhân nữ thường được quan tâm nhiều hơn đến thẩm mỹ nên tỉ lệ nữ đi khám chỉnh nha nhiều hơn nam giới. Tuổi răng nanh mọc ở trẻ gái 10,5-11,4 tuổi và trẻ trai 10,8 đến 12,0 tuổi, và thường mọc sau răng hàm nhỏ thứ nhất. Do đường mọc của răng nanh dài và quanh co xuất phát từ thành trước của xoang ngay dưới sàn hốc mắt đi xuống nên thường gặp bất thường trong quá trình mọc. Nếu phát hiện sớm bất thường vị trí của răng nanh thì có thể can thiệp dự phòng như nhổ sớm răng nanh sữa, nong rộng cung hàm, tạo đủ khoảng cho răng mọc, hay loại bỏ các cản trở cơ học như u răng, nang quanh thân răng có thể làm cho răng nanh thay đổi hướng mọc theo chiều hướng thuận lợi hơn và thậm chí mọc về đúng vị trí trên cung hàm mà không cần can thiệp bọc lộ phẫu thuật hay chỉnh nha phức tạp [4]. Theo Sigurd Hadler-Olsen và cộng sự [5] Nhổ răng nanh sữa một bên có thể hướng dẫn răng mọc tự nhiên 78% và nhổ răng sữa hai bên có thể hướng dẫn răng mọc tự nhiên 64%. Theo khuyến cáo của Momoko Harada-Karashima[4] để phát hiện sớm răng nanh ngầm bác sĩ lâm sàng có thể phát hiện sớm một số các dấu hiệu cảnh báo sớm thông qua nhìn (răng bị nghiêng bất thường, khấp khểnh), sờ (không thấy u răng nanh) và chụp phim x quang (Vị trí bất thường của mầm răng). Ở Việt Nam bệnh nhân thường không có thói quen khám răng miệng định kỳ và thường khi bố mẹ chỉ cho trẻ đi khám khi phát hiện thấy trẻ không mọc răng sau khi răng sữa mất một thời gian dài hoặc răng

mọc quá khớp khểnh. Chính vì vậy thường phát hiện bất thường mọc răng rất muộn và quá thời gian can thiệp dự phòng. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình bệnh nhân đến khám và điều trị răng nanh ngầm đối với nam và nữ lần lượt $13,8 \pm 2,9$ và $14,1 \pm 3,8$ tuổi nhỏ nhất 9 tuổi và lớn nhất 23 tuổi. Điều này báo động tình trạng trẻ không được chăm sóc răng miệng đúng cách, và được khám răng miệng định kỳ đặc biệt trong độ tuổi thay răng. Theo khuyến cáo trẻ em cần được khám răng định kỳ sáu tháng một lần và được chụp phim toàn cảnh Panorama khi trẻ lên bảy tuổi để sớm phát hiện các bất thường liên quan đến quá trình mọc răng cũng như tình trạng mầm răng vĩnh viễn [4, 6]. Việc phát hiện răng nanh muộn ảnh hưởng đến tiên lượng điều trị, khả năng kéo được răng về đúng vị trí. do vậy nếu không điều trị sớm dễ gây tiêu chân răng bên cạnh và hơn nữa gây rất nhiều khó khăn trong điều trị. Chẩn đoán chính xác rằng mọc ngầm khi trẻ từ 9-10 tuổi rất quan trọng để bắt đầu thực hiện biện pháp can thiệp để thúc đẩy quá trình mọc tự nhiên của răng hoặc ít nhất cũng giảm mức độ nghiêm trọng của tình trạng răng ngầm [7]. Thậm chí các nghiên cứu đều khuyến cáo bệnh nhân nên được chụp phim kiểm tra tình trạng mầm răng lúc 7 tuổi hoặc chậm hơn 9 tuổi [7] để kịp thời phát hiện những bất thường mọc răng để từ đó có biện pháp can thiệp chính nha phòng ngừa tạo điều kiện thuận lợi cho răng mọc sinh lý nhất. Trong số các bệnh nhân đến khám và điều trị chỉnh nha có răng ngầm, trẻ dưới 15 tuổi chiếm tỉ lệ 66,25% và trên 15 tuổi chiếm 33,75%. Điều này phản ánh một thực trạng phần đa bệnh nhân đến quá muộn để có thể can thiệp phòng ngừa. Do vậy đặt ra thách thức rất lớn đối với các nhà lâm sàng trong việc thực hiện điều trị để bảo tồn răng này. Và do phải điều trị toàn diện nên chi phí sẽ tốn kém hơn và thời gian sẽ lâu hơn. Thời gian điều trị toàn diện răng nanh ngầm thường kéo dài trên 3 năm. Các biểu hiện lâm sàng thường gặp của răng nanh mọc ngầm lần lượt: khớp khểnh thiếu chỗ 81%, răng cửa bên bị nghiêng xa 79%, đường giữa lệch 78%, còn răng nanh sữa 48,75%. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân Việt Nam cũng gần tương tự như các nghiên cứu khác trên thế giới chỉ khác về tỉ lệ [6, 8]. Sự khác biệt này có thể do ở Việt Nam tỉ lệ răng nanh ngầm phía tiền đình là chủ yếu, nhiều hơn so với răng ngầm phía vòm miệng. Răng nanh mọc thứ năm trên cung hàm là răng gần mọc cuối cùng chỉ trước răng hàm nhỏ thứ hai, răng hàm lớn thứ hai (Không tính răng khôn) nên thường không có đủ khoảng

mọc. Thiếu chỗ mọc trên cung hàm có thể làm cho răng không thể mọc được hoặc mọc lệch về phía tiền đình hay vòm miệng. Nếu phát hiện sớm và tạo đủ chỗ răng này sẽ mọc tự nhiên. Răng sữa tồn tại lâu trên cung hàm là một nguyên nhân dẫn tới răng nanh mọc ngầm. Nếu chân răng sữa này không bị tiêu sinh lý nó sẽ ảnh hưởng đến việc mọc răng nanh ngầm do cản trở cơ học việc mọc răng bình thường. Nghiên cứu của Rosanna Guarnieri về răng nanh ngầm hàm dưới cho thấy có đến 90% các trường hợp còn răng nanh sữa [9]. Phương pháp điều trị can thiệp dự phòng phổ biến nhất mang lại hiệu quả cao trong trường hợp răng nanh mọc ngầm phía vòm miệng là nhổ răng sữa tương ứng. Và nếu nhổ răng nanh sữa kết hợp nhổ răng sữa hàm nhỏ thứ nhất sẽ làm cho 64% -78% răng nanh có vị trí bất thường có thể mọc thẳng tự nhiên về đúng vị trí trên sống hàm [5]. Nếu chỉ nhổ răng nanh sữa thì sẽ làm tăng tỉ lệ răng nanh bị ngầm mọc tự nhiên từ 39% - 42% khi không nhổ răng sữa lên đến 67% - 69% khi có nhổ răng sữa. Nhiều trường hợp khoảng răng nanh sữa đã nhổ bị các răng vĩnh viễn lân cận chiếm chỗ làm cho đường giữa lệch. Mặc dù tỉ lệ nhỏ nhưng đây cũng có thể coi là dấu hiệu cảnh báo cần đánh giá kỹ tình trạng răng chưa mọc.

V. KẾT LUẬN

Khấp khểnh thiếu chỗ nặng, răng cửa bên bị nghiêng và lệch đường giữa là các biểu hiện lâm sàng của răng nanh ngầm. Do vậy chúng ta có thể coi đây là các dấu hiệu đỏ chỉ điểm răng nanh ngầm.

Bệnh nhân Việt Nam có răng ngầm thường phát hiện rất muộn gây nhiều khó khăn cho điều trị nên chúng ta cần phải đẩy mạnh công tác nha học đường, khuyến cáo trẻ em trong độ tuổi thay răng đi khám răng định kỳ để kịp phát hiện bất thường có thể điều trị dự phòng làm giảm gánh nặng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chung, D.D., M. Weisberg, and M. Pagala,** Incidence and effects of genetic factors on canine impaction in an isolated Jewish population. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 2011. 139(4): p. e331-e335.
2. **Ericson, S. and J. Kurol,** Resorption of maxillary lateral incisors caused by ectopic eruption of the canines: A clinical and radiographic analysis of predisposing factors. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 1988. 94(6): p. 503-513.
3. **Jacoby, H.,** The etiology of maxillary canine impactions. *American Journal of Orthodontics*, 1983. 84(2): p. 125-132.
4. **Harada-Karashima, M., et al.,** Age-related

- changes in the effect of rapid maxillary expansion on the position of labially impacted maxillary canines: case-control study. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 2021. 159(3): p. 305-311.
5. **Hadler-Olsen, S., et al.,** Double vs single primary tooth extraction in interceptive treatment of palatally displaced canines: A randomized controlled trial. The Angle Orthodontist, 2020. 90(6): p. 751-757.
 6. **Bishara, S.E. and D. Ortho,** Impacted maxillary canines: A review. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 1992. 101(2): p. 159-171.
 7. **Chausu, S., et al.,** The labiopalatal impacted canine: Accurate diagnosis based on the position and size of adjacent teeth: A cone-beam computed tomography study. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 2023. 163(5): p. 690-699.
 8. **Becker, A. and S. Chausu,** Etiology of maxillary canine impaction: A review. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 2015. 148(4): p. 557-567.
 9. **Guarnieri, R., et al.,** Local factors relating to mandibular canine impaction: A retrospective study. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 2024. 165(5): p. 556-564.

ĐẶC ĐIỂM BƯỚU THẬN TRONG PHẪU THUẬT ROBOT CẮT THẬN TẬN GỐC ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO THẬN

Nguyễn Hoàng Luông¹, Trần Vĩnh Hưng¹

CHARACTERISTICS OF KIDNEY TUMORS IN ROBOT - ASSISTED RADICAL NEPHRECTOMY FOR TREATMENT OF RENAL CELL CARCINOMA

Introduction: To survey on characteristics of kidney tumors in robot - assisted radical nephrectomy in the treatment of renal cell carcinoma at Binh Dan Hospital. **Patients and methods:** We analyzed data from 25 patients with a diagnosis of kidney tumor who underwent robot-assisted radical nephrectomy at Binh Dan Hospital from December 2023 to October 2024. Characteristics of kidney tumors through imaging, surgical procedures as well as related variables were recorded and analyzed. **Results:** Recorded 25 patients (14 men, 11 women, male/female ratio: 1.3/1, average age 59.5 years; range from 35 to 70) treated with radical nephrectomy using robotic surgery. Kidney tumors were located on the left side in 13 cases (52%), on the right side in 12 cases (48%). Tumors were located in the upper pole in 6 cases (24%), in the lower pole in 10 cases (40%), and in the middle of the kidney in 9 cases (36%). Kidney tumor size is 74 ± 39 mm, including 5 cases of stage I (pT₁, 20%), 12 cases of stage II (pT₂, 48%), 8 cases of stage III (pT_{2b}N₁ and pT₃, 32%). Pathological results recorded 25 cases of renal cell carcinoma, including: 18 patients with clear cell type (72%), 5 are papillary type (20%) and 2 chromophobe cells (4%). **Conclusion:** Renal cell carcinoma in robot - assisted radical nephrectomy is mainly stage II (48%) and stage III (32%) with an average tumor size of 74mm. Postoperative pathology results were mainly clear cell carcinoma (72%) and papillary type (20%).

Keywords: Renal cell carcinoma, tumor kidney, robot - assisted radical nephrectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào thận (UTBMTBT – Renal cell carcinoma: RCC) chiếm khoảng 3% trong số tất cả các bệnh ung thư, với tỷ lệ mắc cao nhất xảy ra ở các nước phương Tây. Vào

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khảo sát đặc điểm bướu thận trong phẫu thuật robot cắt thận tận gốc trong điều trị ung thư biểu mô tế bào thận tại Bệnh viện Bình Dân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi phân tích dữ liệu từ 25 bệnh nhân với chẩn đoán bướu thận được thực hiện phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot cắt thận tận gốc tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 12/2023 đến tháng 10/2024. Các đặc điểm của bướu thận qua hình ảnh học, quá trình phẫu thuật cũng như các biến số liên quan được ghi nhận và phân tích. **Kết quả:** Ghi nhận 25 bệnh nhân (14 nam, 11 nữ, tỷ lệ nam/nữ: 1,3/1, trung bình 59,5 tuổi; từ 35 đến 70) được điều trị cắt thận tận gốc bằng phẫu thuật robot. Bướu thận vị trí bên trái là 13 trường hợp (52%), bên phải là 12 (48%). Bướu vị trí cực trên là 6 trường hợp (24%), cực dưới 10 trường hợp (40%) và giữa thận là 9 trường hợp (36%). Kích thước bướu thận là 74 ± 39 mm, trong đó có 5 trường hợp giai đoạn I (pT₁, 20%), 12 trường hợp giai đoạn II (pT₂, 48%), 8 trường hợp giai đoạn III (pT_{2b}N₁ và pT₃, 32%). Kết quả giải phẫu bệnh ghi nhận 25 trường hợp ung thư biểu mô tế bào thận gồm: 18 bệnh nhân là loại tế bào sáng (72%); 5 là dạng nhú (20%); 2 tế bào kỵ màu (chromophobe, chiếm 4%). **Kết luận:** Ung thư biểu mô tế bào thận trong phẫu thuật robot trong cắt thận tận gốc chủ yếu là giai đoạn II (48%) và giai đoạn III (32%) với kích thước bướu trung bình 74mm. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ chủ yếu là loại ung thư biểu mô tế bào sáng (72%) và dạng nhú (20%).

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào thận, bướu thận, phẫu thuật robot cắt thận tận gốc.

SUMMARY

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Luông
Email: 22.05.104.02@pnt.edu.vn
Ngày nhận bài: 20.12.2024
Ngày phản biện khoa học: 23.01.2025
Ngày duyệt bài: 24.2.2025