

NGHIÊN CỨU TỈ LỆ KÍCH THƯỚC RĂNG THEO PHÂN TÍCH BOLTON TRÊN CÁC DẠNG SAI KHỚP CĂN Ở NHÓM NGƯỜI VIỆT TRƯỞNG THÀNH

Nguyễn Quỳnh Hương¹, Nguyễn Như Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định sự khác biệt về tỉ lệ kích thước răng theo giới tính, theo các dạng sai khớp cắn, và đánh giá tỉ lệ bất hài hòa kích thước răng ở bệnh nhân chỉnh nha. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 146 cặp mẫu hàm, chọn từ gần 4000 bệnh nhân chỉnh nha trước điều trị (39 nam, 107 nữ). Các mẫu được phân loại theo Angle thành nhóm sai khớp cắn hạng I (86 mẫu) và hạng III (60 mẫu). Kích thước răng được đo bằng thước cặp điện tử và tính toán theo phân tích của Bolton. **Kết quả:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về Tỉ lệ các răng trước và tỉ lệ tổng thể giữa nam và nữ trong cả hai nhóm sai khớp cắn ($p > 0,05$). Tương tự, không có sự khác biệt giữa nhóm hạng I và hạng III ($p > 0,05$). Tuy nhiên, tỉ lệ bất hài hòa kích thước răng cao hơn đáng kể ở nhóm sai khớp cắn so với khớp cắn bình thường, với giá trị 11,63% ở hạng I, 8,34% ở hạng III và 10,27% trên toàn bộ mẫu. **Kết luận:** Mặc dù không có sự khác biệt đáng kể giữa giới tính và nhóm sai khớp cắn, sự hiện diện của bất hài hòa kích thước răng nhấn mạnh sự cần thiết của phân tích Bolton như một công cụ đánh giá thường quy trong chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị chỉnh nha. **Từ khóa:** Tỉ lệ Bolton, bất hài hòa kích thước răng, Tỉ lệ các răng trước, tỉ lệ tổng thể.

SUMMARY

BOLTON TOOTH SIZE RATIO AMONG DIFFERENT MALOCCLUSION GROUPS IN VIETNAMESE ADULT

Objective: This study aims to evaluate variations in tooth size ratios based on gender, across different malocclusion groups, and to quantify the prevalence of tooth size discrepancy in orthodontic patients. **Subjects and Methods:** A cross-sectional analysis was conducted on 146 dental casts selected from a pool of nearly 4000 pre-treatment orthodontic patients (39 males, 107 females). The samples were classified according to Angle's classification into Class I malocclusion (86 samples) and Class III malocclusion (60 samples). Tooth size measurements were performed using an electronic caliper, and the ratios were calculated based on Bolton's analysis. **Results:** The findings revealed no statistically significant differences in anterior and overall tooth size ratios between males and females within both malocclusion groups ($p > 0.05$). Likewise, no significant differences were observed between Class I and Class III groups

($p > 0.05$). However, the prevalence of tooth size discrepancy was notably higher in malocclusion groups compared to normal occlusion, with rates of 11.63% for Class I, 8.34% for Class III, and 10.27% for the entire sample. **Conclusion:** While no significant differences were identified between genders or malocclusion groups, the presence of tooth size discrepancy among malocclusion cases highlights the importance of incorporating Bolton analysis as a routine component of orthodontic diagnosis and treatment planning.

Key words: Bolton's ratio, Tooth size discrepancy, Anterior ration, Overall ratio.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài hòa kích thước răng giữa hai cung hàm là cần thiết để đạt được khớp cắn chức năng và thẩm mỹ [4]. Bệnh nhân có bất hài hòa kích thước răng hai hàm cần bớt hoặc thêm mô răng nhằm đảm bảo sự lồng múi, độ cắn phủ, độ cắn chìa thích hợp.

Có nhiều phương pháp xác định và đo lường bất hài hòa kích thước răng giữa hai hàm, nhưng Tỉ lệ các răng trước và tỉ lệ tổng thể của các răng theo Bolton (1958) đã được chấp nhận rộng rãi kể từ khi xuất hiện do tính đơn giản mà hiệu quả của nó. Bolton thiết lập Tỉ lệ các răng trước và tỉ lệ tổng thể trên khớp cắn lý tưởng với giá trị trung bình lần lượt là $77,2 \pm 1,65$ và $91,3 \pm 1,91$. Hai hàm răng cân xứng với nhau khi thỏa mãn hai tỉ lệ này [4].

Chính vì tính ứng dụng cao này đã có nhiều nghiên cứu sâu hơn về tỉ lệ Bolton trên các nhóm dân tộc, các nhóm sai khớp cắn khác nhau, cũng như ở hai giới nam và nữ và cho các kết quả không đồng nhất [3, 5, 6, 7]. Ở Việt Nam, một số tác giả đã nghiên cứu trên nhóm khớp cắn bình thường [1, 2], nhưng vẫn chưa có nghiên cứu thực hiện trên nhóm sai khớp cắn.

Với mong muốn góp phần bổ sung tư liệu về tỉ lệ kích thước răng theo phân tích Bolton trên người Việt, nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên mẫu hàm trước điều trị chỉnh nha của bệnh nhân tại thành phố Hồ Chí Minh, gồm các mục tiêu:

- Xác định và so sánh tỉ lệ kích thước răng (bao gồm Tỉ lệ các răng trước và tỉ lệ tổng thể) theo phân tích Bolton ở các nhóm sai khớp cắn hạng I, và hạng III giữa nam và nữ.
- Xác định tỉ lệ phần trăm bất hài hòa kích thước răng ở các nhóm sai khớp cắn và ở trên toàn bộ mẫu.

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Trung
Email: trungnn@pnt.edu.vn
Ngày nhận bài: 20.12.2024
Ngày phản biện khoa học: 23.01.2025
Ngày duyệt bài: 27.2.2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Mẫu nghiên cứu: Mẫu thuận tiện gồm 146 cặp mẫu hàm nghiên cứu (39 nam và 107 nữ) chọn lọc từ gần 4000 bệnh nhân chỉnh nha, được chia thành 02 nhóm: nhóm 1: 86 cặp mẫu hàm sai khớp cắn hạng I Angle (24 nam, 62 nữ); nhóm 2: 60 cặp mẫu hàm sai khớp cắn hạng III Angle (15 nam, 45 nữ).

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+Tiêu chuẩn tổng quát: Người Việt, độ tuổi 12 – 25, không có điều trị chỉnh nha trước đó, không bị chấn thương vùng hàm mặt hay bất thường hàm mặt do bệnh lý.

+Tiêu chuẩn chọn mẫu hàm: Mẫu hàm có chất lượng tốt, không bị bọt, không mẻ hay gãy ở vùng răng cần đo. Các răng vĩnh viễn từ răng cối lớn thứ nhất bên phải tới răng cối lớn thứ nhất bên trái mọc đầy đủ và hoàn toàn. Răng không bị mòn mặt bên và mặt nhai rõ rệt. Không có sâu răng mặt bên, không có miếng trám mặt bên, không có phục hồi mào hay cầu răng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân chỉnh nha vì các dị tật bẩm sinh (khe hở môi, hàm ếch...). Có bất thường về số lượng, hình dạng răng nhưng không loại trừ răng cửa bên hình nón vì nó đại diện cho đặc điểm hình thái của răng này.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.



Hình 1. Thước kẹp điện tử

Phương pháp thu thập, xử lý số liệu và kiểm soát sai số:

Thực hiện đo đạc trên mẫu hàm bằng thước kẹp điện tử có độ chính xác tới 0,01 mm. Các răng được đo kích thước lớn nhất theo chiều gần-xa theo phương pháp được mô tả bởi Moorrees và cộng sự (1957). Đo từ R1 đến R6 ở cả bốn phần hàm. Tỷ lệ kích thước răng được

tính theo cách thức được mô tả bởi Bolton [4].

Tỷ lệ các răng trước:

AR=

$$\frac{\text{Tổng kích thước gần-xa răng trước hàm dưới}}{\text{Tổng kích thước gần-xa răng trước hàm trên}} \times 100(\%)$$

Tỷ lệ tổng thể:

$$\frac{\text{Tổng kích thước gần-xa răng trước và sau hàm dưới}}{\text{Tổng kích thước gần-xa răng trước và sau hàm trên}} \times 100(\%)$$

OR=

Tỷ lệ phần trăm bất hài hòa kích thước các răng trước (%):

Số cặp mẫu hàm có AR ngoài 2ĐLC so với TB theo Bolton ở khớp cắn bình thường

$$\frac{\text{Tổng số cặp mẫu hàm}}{\text{Tổng số cặp mẫu hàm}} \times 100(\%)$$

Tỷ lệ phần trăm bất hài hòa kích thước răng tổng thể (%):

Số cặp mẫu hàm có OR ngoài 2ĐLC so với TB theo Bolton ở khớp cắn bình thường

$$\frac{\text{Tổng số cặp mẫu hàm}}{\text{Tổng số cặp mẫu hàm}} \times 100(\%)$$

Kiểm soát sai lệch số liệu bằng cách lấy ngẫu nhiên 20 cặp mẫu hàm/nhóm và đo lại sau 02 tuần bởi cùng người đo: Sai lầm hệ thống được kiểm định bằng phép kiểm t bắt cặp và kết quả cho thấy: sự khác biệt kích thước răng trung bình giữa 2 lần đo không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Đánh giá sai lầm ngẫu nhiên bằng hệ số ICC (hệ số tương quan trong lớp). Kết quả cho thấy hệ số ICC giữa hai lần đo kích thước ở từng răng đều có giá trị $> 0,90$. Như vậy, các phép đo có độ kiên định cao, các số liệu có thể tin cậy được.

Để xác định sự khác biệt nếu có của các biến số nghiên cứu ở 2 nhóm sai khớp cắn giữa nam và nữ: dùng phương pháp kiểm định t (t-test) cho hai mẫu độc lập. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0.



Hình 2: Mẫu hàm nghiên cứu và phương pháp đo

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tỷ lệ các răng trước theo giới tính và nhóm sai khớp cắn

Bảng 1. Tỷ lệ các răng trước của nam và nữ ở các loại sai khớp cắn

Các yếu tố		Tỷ lệ các răng trước			P (kiểm định t)
		n	TB(ĐLC)	KTC95%	
Hạng I	Nam	24	77,96(2,41)	76,94-78,98	0,65
	Nữ	62	78,24(2,61)	77,58-78,90	
Hạng III	Nam	15	78,18(2,69)	76,69-79,67	0,30
	Nữ	45	77,47(2,11)	76,83-78,11	

Bảng 2. Tỷ lệ các răng trước ở các loại sai khớp cắn

Các loại sai khớp cắn	Tỷ lệ các răng trước			p(kiểm định t)
	n	TB(ĐLC)	KTC95%	
Hạng I	86	78,17(2,54)	77,62-78,71	0,21
Hạng III	60	77,65(2,26)	77,06-78,24	

Dữ liệu từ Bảng 1 và Bảng 2 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về Tỷ lệ các răng trước giữa nam và nữ trong cả hai nhóm sai khớp cắn hạng I ($77,96 \pm 2,41$ ở nam, $78,24 \pm 2,61$ ở nữ, $p=0,65$) và hạng III ($78,18 \pm 2,69$ ở nam, $77,47 \pm 2,11$ ở nữ, $p=0,30$). Khi so sánh giữa nhóm hạng I và hạng III, sự khác biệt cũng không đáng kể ($78,17 \pm 2,54$ so với $77,65 \pm 2,26$, $p=0,21$).

Tỷ lệ tổng thể theo giới tính và nhóm sai khớp cắn**Bảng 3. Tỷ lệ tổng thể của nam và nữ ở các loại sai khớp cắn**

Các yếu tố		Tỷ lệ tổng thể			p(kiểm định t)
		n	TB(ĐLC)	KTC95%	
Hạng I	Nam	24	91,84 (2,16)	90,92-92,75	0,67
	Nữ	62	92,04 (1,92)	91,55-92,53	
Hạng III	Nam	15	91,91 (2,10)	90,75-93,08	0,47
	Nữ	45	91,55 (1,51)	91,09-92,01	

Bảng 4. Tỷ lệ tổng thể ở các loại sai khớp cắn

Các loại sai khớp cắn	Tỷ lệ tổng thể			p(kiểm định t)
	n	TB(ĐLC)	KTC95%	
Hạng I	86	91,99(1,98)	91,56-92,41	0,27
Hạng III	60	91,65(1,67)	91,21-92,07	

Theo Bảng 3 và Bảng 4, tỷ lệ tổng thể không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ trong nhóm hạng I ($91,84 \pm 2,16$ ở nam so với $92,04 \pm 1,92$ ở nữ $p=0,67$) và hạng III ($91,91 \pm 2,10$ ở nam so với $91,55 \pm 1,51$ ở nữ, $p=0,47$). So sánh giữa hạng I và hạng III cũng không có khác biệt đáng kể ($91,99 \pm 1,98$ ở nam so với $91,65 \pm 1,67$ ở nữ, $p=0,27$).

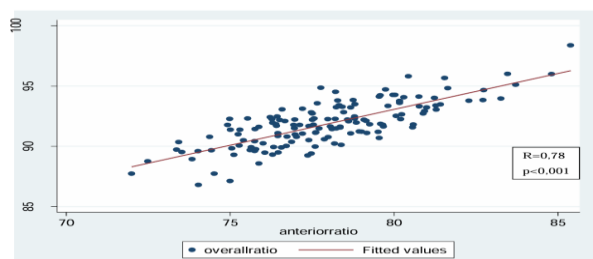
Tỷ lệ phần trăm bất hài hòa kích thước răng**Bảng 5. Tỷ lệ phần trăm bất hài hòa kích thước các răng trước và bất hài hòa kích thước răng tổng thể (Trung bình và Độ lệch chuẩn lấy từ nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Yến [2])**

Các loại sai khớp cắn	Tỷ lệ các răng trước Tần số (Tỷ lệ%)			Tỷ lệ tổng thể Tần số (Tỷ lệ%)		
	<74,11	74,11-82,47	>82,47	<89,04	89,04-94,76	>94,76
Hạng I	4(4,65)	76(88,37)	6(6,98)	4(4,65)	76(88,37)	6(6,98)
Hạng III	4(6,67)	55(91,67)	1(1,67)	3(5,00)	55(91,67)	2(3,33)
Chung	8(5,48)	131(89,73)	7(4,79)	7(4,79)	131(89,73)	8(5,48)

Dữ liệu từ Bảng 5 cho thấy tỷ lệ bất hài hòa kích thước răng cao hơn ở nhóm sai khớp cắn so với bình thường (5% theo Profit), với 11,63% ở hạng I, 8,34% ở hạng III và 10,27% trên toàn bộ mẫu.

Tương quan giữa Tỷ lệ các răng trước và tỷ lệ tổng thể trong nghiên cứu này: Có sự tương quan rất chặt chẽ giữa tỷ lệ các răng trước và tỷ lệ tổng thể (với $r=0,78$; $p<0,001$). Đây là tương quan thuận và chặt, nghĩa là khi tỷ lệ các răng trước tăng thì tỷ lệ tổng thể cũng tăng tương ứng. Trong đó, với $r^2=0,61$ cho thấy 61% sự biến thiên tỷ lệ tổng thể có thể giải thích được do sự thay đổi tỷ lệ các răng trước.

Từ hệ số tương quan nói trên, chúng tôi lập ra phương trình hồi quy giữa tỷ lệ tổng thể với tỷ lệ các răng trước: $OR = 0,59483 \cdot AR + 45,47823$

**Đồ thị 1:** Tương quan giữa Tỷ lệ các răng trước và tỷ lệ tổng thể**IV. BÀN LUẬN**

Tỷ lệ các răng trước và tỷ lệ tổng thể theo giới tính: Kết quả nghiên cứu không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ kích thước răng giữa nam và nữ ở cả hai nhóm sai khớp cắn ($p>0,05$). Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đó của Alshahrani et al.

(2020), Mishra et al. (2019), Nguyễn Thị Hải Yến (2012), và Lê Nguyên Lâm (2023), trong đó cũng không tìm thấy sự khác biệt đáng kể giữa hai giới [1,2,3,5]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Mollabashi et al. (2019) lại ghi nhận tỉ lệ tổng thể cao hơn ở nam so với nữ, cho thấy có thể tồn tại sự khác biệt theo yếu tố dân tộc [6]. Do đó, khi đánh giá mối liên quan giữa giới tính và tỉ lệ kích thước răng theo phân tích Bolton, cần xem xét thêm các yếu tố nhân khẩu học và di truyền học.

Tỉ lệ các răng trước và tỉ lệ tổng thể theo nhóm sai khớp cắn: Tương tự, nghiên cứu này không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm sai khớp cắn hạng I và hạng III ở cả Tỉ lệ các răng trước và tỉ lệ tổng thể ($p > 0,05$). Kết quả này nhất quán với nghiên cứu của Alshahrani et al. (2020) và Mollabashi et al. (2019) [3,6]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Shastri et al. (2015) lại phát hiện sự khác biệt ở Tỉ lệ các răng trước giữa nhóm hạng I và hạng II, nhưng không có khác biệt giữa nhóm hạng III và khớp cắn bình thường [7]. Điều này cho thấy rằng khi phân tích tỉ lệ kích thước răng theo nhóm sai khớp cắn, cần xem xét các yếu tố bổ sung như đường cong cắn khớp, độ cắn phủ và độ cắn chia, vốn có thể ảnh hưởng đến sự phân bố của tỉ lệ kích thước răng.

Ngoài ra, nghiên cứu của Smith et al. (2000) đã đặt ra nghi vấn về tính phổ quát của phân tích Bolton khi áp dụng trên các nhóm dân tộc khác nhau. Nghiên cứu này cho thấy sự khác biệt đáng kể trong tương quan kích thước răng giữa các nhóm dân tộc (người da trắng, người châu phi, người gốc Tây Ban Nha), từ đó nhấn mạnh các giá trị tham chiếu của Bolton cần được điều chỉnh phù hợp với từng quần thể [8].

Tỉ lệ phân trăm bất hài hòa kích thước răng: Tỉ lệ bất hài hòa kích thước răng trong nghiên cứu này được ghi nhận là 11,63% ở nhóm hạng I, 8,34% ở nhóm hạng III và 10,27% trên toàn bộ mẫu. Đây là một tỷ lệ đáng kể, mặc dù thấp hơn so với nghiên cứu của Alshahrani et al. (2020), có thể do khác biệt về đặc điểm dân số và phương pháp đo lường [3].

Điểm đáng chú ý trong nghiên cứu này là tỉ lệ bất hài hòa kích thước các răng trước và tổng thể có giá trị tương đương nhau. Điều này có thể giải thích bởi sự biến thiên không chỉ ở nhóm răng cửa bên (thuộc vùng răng trước) mà còn ở nhóm răng cối nhỏ thứ nhất và thứ hai (thuộc vùng răng sau), vốn có hệ số biến thiên cao hơn (theo kết quả của nghiên cứu này).

Với tỷ lệ bất hài hòa kích thước răng lên đến 10,27%, nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng

của việc đánh giá kích thước răng trước khi lập kế hoạch điều trị chỉnh nha. Việc không tính đến yếu tố này có thể dẫn đến tình trạng cung răng trên và dưới được sắp xếp đều đặn nhưng vẫn gặp sai lệch khớp cắn ở giai đoạn cuối điều trị, đặc biệt trong các trường hợp răng trước hàm dưới lớn hoặc răng trước hàm trên nhỏ.

Tương quan giữa tỉ lệ các răng trước và tỉ lệ tổng thể trong nghiên cứu này: Vì không có sự khác biệt giữa hai nhóm sai khớp cắn, nên chúng tôi đã gộp chung lại thành tỉ lệ các răng trước và tỉ lệ tổng thể ở dân số chỉnh hình. Mối quan hệ giữa hai tỉ lệ này được thể hiện qua hệ số tương quan r . Ý nghĩa của hệ số này là: khi có sự tăng hay giảm của đặc điểm này thì cũng chỉ ra sự tăng hay giảm của đặc điểm kia.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hệ số tương quan giữa tỉ lệ các răng trước và tỉ lệ tổng thể là 0,78 ($p < 0,001$). Điều này cho thấy một tương quan thuận, và rất chặt chẽ giữa hai loại tỉ lệ. Khi tỉ lệ này tăng thì tỉ lệ kia cũng tăng.

Phương trình hồi quy: $OR = 0,59483 \cdot AR + 45,47823$ cho phép tính được một cách gần đúng tỉ lệ tổng thể khi biết tỉ lệ các răng trước. Với $r^2 = 0,61$ cho thấy 61% sự biến thiên tỉ lệ tổng thể có thể giải thích được do sự thay đổi tỉ lệ các răng trước.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ kích thước răng theo phân tích Bolton: Mặc dù có sự khác biệt về kích thước răng, nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về Tỉ lệ các răng trước và tỉ lệ tổng thể giữa nam và nữ ($p > 0,05$), giữa các nhóm sai khớp cắn ($p > 0,05$). Điều này cho thấy Tỉ lệ các răng trước và tỉ lệ tổng thể theo Bolton có tính ổn định giữa hai giới và giữa các dạng sai khớp cắn trong quần thể nghiên cứu.

Tương quan giữa tỉ lệ các răng trước và tỉ lệ tổng thể là thuận và chặt chẽ, có thể xác định tỉ lệ tổng thể từ tỉ lệ các răng trước qua phương trình hồi quy $OR = 0,59483 \cdot AR + 45,47823$ với độ chính xác 61%.

Tỉ lệ phân trăm bất hài hòa kích thước răng: Tỉ lệ bất hài hòa kích thước răng được ghi nhận là 11,63% ở nhóm hạng I, 8,34% ở nhóm hạng III và 10,27% trên toàn bộ mẫu. Sự hiện diện của bất hài hòa kích thước răng trong nhóm sai khớp cắn cao hơn so với nhóm có khớp cắn bình thường, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá kích thước răng trong điều trị chỉnh nha. Do đó, nghiên cứu khuyến nghị áp dụng phân tích Bolton thường quy trong thực hành chỉnh nha lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lâm, N. L., Tiến N. L.**, Nghiên cứu kích thước độ rộng của răng và sự sai biệt kích thước răng hàm theo phân tích Bolton trên sinh viên răng hàm mặt Trường đại học y dược Cần Thơ. Tạp Chí Y học Việt Nam, 2023, 524(2).
2. **Yến N. T. H., Lâm T. H.**, Tỷ số kích thước răng ở người Việt có khớp cắn bình thường, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2014, 18(2):85.
3. **Alshahrani AA, Alshahrani I, Addas MK, Shaik S, Binhomran FM, AlQahtani J.**, The Tooth Size Discrepancy among Orthodontic Patients and Normal Occlusion Individuals from Saudi Arabia: A Three-Dimensional Scan Analysis of Diagnostic Casts. Contemp Clin Dent. 2020 Apr-Jun; 11(2):141-149.
4. **Bolton Wayne A**, Disharmony In Tooth Size And Its Relation To The Analysis And Treatment Of Malocclusion, The Angle Orthodontist, 1958, 28 (3), pp.113-130.
5. **Mishra RK, Kafle D, Gupta R.** Analysis of Interarch Tooth Size Relationship in Nepalese Subjects with Normal Occlusion and Malocclusions. Int J Dent. 2019
6. **Mollabashi V, Soltani MK, Moslemian N, Akhlaghian M, Akbarzadeh M, Samavat H, Abolvardi M.** Comparison of Bolton ratio in normal occlusion and different malocclusion groups in Iranian population. Int Orthod. 2019 Mar;17(1):143-150.
7. **Shastri D, Singh A, Tandon P.** Bolton ratio in a North Indian population with different malocclusions. J Orthod Sci. 2015 Jul-Sep; 4(3):83-5.
8. **Smith SS, Buschang PH, Watanabe E.** Interarch tooth size relationships of 3 populations: "does Bolton's analysis apply?". Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2000 Feb;117(2):169-74.

KẾT QUẢ HÚT BUỒNG TỬ CUNG Ở PHỤ NỮ RONG KINH RONG HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Vũ Thị Huệ¹, Lê Thị Phương Thanh², Nguyễn Tuấn Minh⁴,
Nguyễn Phạm Tiến Đạt⁴, Trương Quang Vinh³, Đinh Huy Cường⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả hút buồng tử cung ở phụ nữ rong kinh rong huyết tại khoa khám bệnh bệnh viện Phụ sản Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 153 bệnh nhân rong kinh rong huyết đến khám và được hút buồng tử cung tại khoa khám bệnh bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ 9/2022 đến 6/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nghiên cứu là 46,16±7,44, đa số là độ tuổi 46-55 tuổi. Nội mạc không có tổn thương bất thường 36,6%, quá sản NMTC 34,6%. Có 2 trường hợp quá sản không điển, 7 ung thư NMTC. Đối với quá sản NMTC lành tính thì điều trị bằng progesterin sau hút BTC chiếm tỉ lệ cao. Với nội mạc không có tổn thương bất thường, nội mạc đáp ứng kéo dài với progesterone thì đa phần đều theo dõi tự nhiên không cần thiệp. Tổn thương thực thể được điều trị triệt để. **Kết luận:** nguyên nhân hàng đầu của RKRH là rối loạn nội tiết, Đối với quá sản NMTC lành tính thì điều trị bằng progesterin sau hút BTC Tổn thương thực thể được điều trị triệt để.

Từ khóa: Rong kinh rong huyết, kết quả hút buồng tử cung,

SUMMARY

RESULTS OF WOMEN WITH

¹Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn

²Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

⁴Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Minh

Email: tuanminh0306@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2025

Ngày duyệt bài: 26.2.2025

MENORRHAGIA AND METRORRHAGIA UNDERWENT ENDOMETRIAL ASPIRATION AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objectives: Reviewing the results of uterine aspiration in women with menorrhagia and metrorrhagia at the medical examination department of the National Obstetrics and Gynecology Hospital.

Subjects and methods: A description study of 153 patients with menorrhagia and metrorrhagia who underwent examination and uterine aspiration at the examination department of the Central Obstetrics Hospital from September 2022 to June 2023..

Results: The average age is 46.16±7.44, the majority are between 46-55 years old. Histopathological results: endometrium without specific lesion was 36.6%, endometrial hyperplasia was 34,6%. There were 2 cases atypical endometrial hyperplasia, 7 cases endometrial carcinoma. For benign endometrial hyperplasia, progesterin treatment after uterine aspiration is highly effective. With no abnormal endometrial lesions and persistent endometrial response to progesterone, most patients are followed up naturally without intervention. Patients with physical injuries are treated radically. **Conclusions:** The leading cause of menorrhagia and metrorrhagia is endocrine disorders. Benign endometrial hyperplasia is treated with progesterin after uterine cavity aspiration. Patients with organic lesions are treated radically.

Key word: menorrhagia, metrorrhagia, endometrial aspiration, histopathological results

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hút buồng tử cung là một can thiệp trong các trường hợp rong kinh rong huyết kéo dài, với tác dụng làm sạch buồng tử cung cầm máu