

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J.N. Katz, Z.E. Zimmerman, H. Mass, M.C. Makhni. Diagnosis and management of lumbar spinal stenosis: a review. JAMA, 327 (2022), pp. 1688-1699, 10.1001/jama.2022.5921
2. A.R. Gatam, L. Gatam, Mahadhipta H. Phedy, Aprilya D. Ajiantoro. Full endoscopic lumbar stenosis decompression: a future gold standard in managing degenerative lumbar canal stenosis. Internet J Spine Surg, 16 (2022), pp. 821-830, 10.14444/8338
3. R.J. Perez-Roman, W. Gaztanaga, V.M. Lu, M.Y. Wang. Endoscopic decompression for the treatment of lumbar spinal stenosis: an updated systemic review and meta-analysis. J Neurosurg Spine, 36 (2022), pp. 549-557, 10.3171/2021.8.SPINE21890
4. C.H. Lee, M. Choi, D.S. Ryu, et al. Efficacy and safety of full-endoscopic decompression via interlaminar approach for central or lateral recess spinal stenosis of the lumbar spine: a meta-analysis [published correction appears in Spine (Phila Pa 1976). 2019;44(4):E258]. Spine (Phila Pa 1976), vol. 43 (2018), pp. 1756-1764, 10.1097/BRS.0000000000002708
5. X.B. Zhao, H.J. Ma, B. Geng, H.G. Zhou, Y.Y. Xia. Percutaneous endoscopic unilateral laminotomy and bilateral decompression for lumbar spinal stenosis. Orthop Surg, 13 (2021), pp. 641-650, 10.1111/os.12925
6. Dharam Persaud-Sharma, Chamara Gunaratne et al. Efficacy of endoscopic decompression surgery for treatment of lumbar spinal stenosis. Interventional Pain Medicine Volume 3, Issue 1, March 2024, 100391

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG RĂNG NANH TRƯỚC ĐIỀU TRỊ DI XA BẰNG LOOP TRÊN PHIM CBCT Ở NGƯỜI BỆNH CHỈNH NHA CÓ NHỔ RĂNG

Võ Thị Thúy Hồng¹, Trần Thị Huyền²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng răng nanh (R3) trước điều trị di xa bằng Loop trên người bệnh chỉnh nha có nhổ răng trên phim CBCT. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 32 răng nanh đã đóng chóp. **Kết quả nghiên cứu:** Đặc điểm lâm sàng: răng nanh xoay trục 37,50%, 20 răng nanh không xoay trục 62,50%, 18,75% răng nghiêng gần, 81,25 % răng thẳng trục theo chiều gần xa, răng trục nghiêng trong 56,25%, răng trục nghiêng ngoài 28,13% và răng thẳng trục 15,62%. Đặc điểm cận lâm sàng trên phim CBCT: hàm trên, bề dày xương ổ răng tại vị trí mào xương ổ răng là lớn nhất: $1,3 \pm 0,40\text{mm}$, chóp chân răng sát bản xương ngoài: $0,82 \pm 0,43\text{mm}$. Hàm dưới, bề dày xương ổ răng tại vị trí chóp chân răng là lớn nhất: $1,14 \pm 0,24$. **Kết luận:** Các răng nanh có chỉ định nhổ răng và di xa phần lớn có trục thẳng trên lâm sàng nhưng lại nghiêng trong hoặc nghiêng ngoài trên phim CBCT. Răng nanh hàm trên bề dày xương ổ răng lớn nhất ở mào xương ổ răng, chóp chân răng sát với bản ngoài xương. Răng nanh hàm dưới bề dày xương ổ răng ở phần chóp là lớn nhất. **Từ khóa:** Di xa răng nanh, loop, chỉnh nha có nhổ răng.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF CANINES BEFORE RETRACTION USING A

LOOP IN CBCT IMAGING IN ORTHODONTIC PATIENTS WITH TOOTH EXTRACTION

Objectives: To describe the clinical and paraclinical features of canines (R3) before retraction using a Loop in orthodontic patients with tooth extraction, based on CBCT imaging. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 32 fully developed canines. **Results:** Clinical features: 37.50% of canines exhibited axial rotation, while 62.50% (20 canines) did not; 18.75% were mesially inclined, and 81.25% were upright in the mesiodistal direction, 56.25% of canines were inclined lingually, 28.13% were inclined buccally, and 15.62% were upright. Paraclinical features on CBCT images: in the maxilla, the alveolar bone thickness was greatest at the alveolar crest ($1.3 \pm 0.40\text{ mm}$), while the root apex was close to the buccal cortical plate ($0.82 \pm 0.43\text{ mm}$). In the mandible, the alveolar bone thickness was greatest at the root apex ($1.14 \pm 0.24\text{ mm}$). **Conclusion:** Canines indicated for extraction and retraction are mostly upright clinically but appear either lingually or buccally inclined on CBCT images. In the maxillary canines, the alveolar bone is thickest at the alveolar crest, with the root apex close to the buccal cortical plate. In the mandibular canines, the alveolar bone is thickest at the root apex. **Keywords:** canines retraction, loop, extraction orthodontics treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Di xa răng nanh là một kỹ thuật được thực hiện phổ biến trong chỉnh nha ở các trường hợp nhổ răng cối nhỏ để tạo khoảng sắp đều hoặc kéo lui răng điều trị hô hàm trên do răng, góp phần cải thiện thẩm mỹ khuôn mặt. Trong di chuyển răng nanh, việc kiểm soát răng trong ba chiều không gian luôn là mục tiêu mà các bác sĩ

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thúy Hồng

Email: vothuyhong71@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025

chỉnh nha muốn hướng tới^{1,2}.

Răng nanh hàm trên là răng có chân to, dài nhất và chân răng thường kề sát với xương ổ mặt ngoài do đó việc di xa răng nanh trở nên khó hơn tất cả các răng khác³. Vì vậy, nắm chắc kiến thức về cơ học và sinh học là vô cùng quan trọng, giúp các bác sĩ lâm sàng có thể lựa chọn được cơ học di chuyển răng nanh phù hợp cho từng ca bệnh².

Có hai kĩ thuật di xa răng nanh thường được sử dụng trên lâm sàng: Cơ học dây thẳng có ma sát (chun chuối, lò xo kéo...) và cơ học phân đoạn không ma sát, hay còn gọi là cơ học loop (T-Loop, Lasvegas Loop, L-Loop, Helical Loop...)¹. Mỗi loại có ưu và nhược điểm riêng. Trong đó, kĩ thuật di chuyển răng với dây cung phân đoạn dựa trên cơ học không ma sát ngày càng được các nhà lâm sàng sử dụng thường xuyên hơn vì tại cùng một thời điểm bác sĩ kiểm soát được các tác dụng phụ không mong muốn như: trời răng, xoay răng, nghiêng răng không kiểm soát, từ đó rút ngắn thời gian điều trị⁴. Với sự ra đời của phim CBCT những phân tích rõ ràng về đặc điểm của răng nanh theo không gian 3 chiều đã giúp cho việc tích hợp những lệnh để chỉnh độ nghiêng gần-xa, ngoài-trong và độ xoay trên loop khi lập kế hoạch di chuyển răng một cách dễ dàng và thuận lợi. Các nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trên phim CBCT của các răng nanh trên bệnh nhân nhổ răng và di xa răng nanh bằng loop hiện còn ít tại Việt Nam. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng răng nanh di xa bằng loop đóng khoảng trên phim CBCT ở người bệnh chỉnh nha có nhổ răng tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Là người bệnh đang điều trị chỉnh nha có nhổ răng hàm nhỏ thứ nhất và có chỉ định di xa răng nanh bằng loop đóng khoảng.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Người bệnh có chỉ định nhổ RHN và di xa răng nanh.

+ Phim CBCT của răng nanh đã đóng chóp.

+ Người bệnh và người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Răng nanh lệch ngàm. Răng có hiện tượng cứng khớp hoặc đã điều trị nội nha và có gần phục hình. Răng có bệnh lí nha chu. Người bệnh có dị tật sọ mặt hoặc bệnh hệ thống, có bệnh lí toàn thân có thể ảnh hưởng đến sự chuyển hóa

xương như tiểu đường, gan, thận, mắc bệnh lý ở xương, đang sử dụng thuốc có ảnh hưởng đến sự chuyển hóa xương

Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu nghiên cứu: 32 răng nanh.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu

❖ Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu
+ Khám lâm sàng, chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị.

+ Chọn các bệnh nhân có chỉ định nhổ răng hàm nhỏ và di xa răng nanh bằng loop đóng khoảng.

- Bước 2: Thu thập số liệu nghiên cứu.

+ Ghi nhận các đặc điểm lâm sàng trên miệng và trên mẫu thạch cao.

+ Phân tích các đặc điểm lâm sàng trên phim CBCT theo 3 chiều không gian.

- Bước 3: Xử lý và phân tích số liệu nghiên cứu.

❖ **Đặc điểm lâm sàng:** Đánh giá theo tiêu chuẩn khớp cắn bình thường của Andrews:

+ Độ xoay R3.

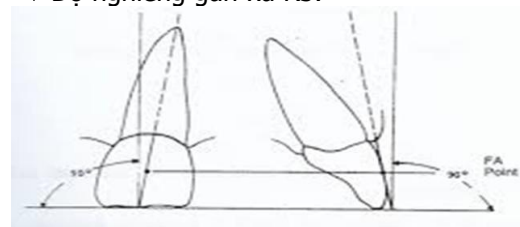


Hình 1: Hình ảnh đánh giá độ xoay R3 hàm trên

Hình 2: Hình ảnh đánh giá độ xoay R3 hàm dưới

Hàm trên: Đánh giá bằng đường cung đi qua các điểm tiếp xúc của răng hàm trên với mũi chịu răng hàm dưới (điểm chịu lực thụ động). Đường này đi qua đường nối điểm tiếp xúc phía gần và xa của R3. Nếu hai đường này không trùng nhau, R3 được coi là xoay trục. Tương tự như vậy ở hàm dưới có đường cung đi qua đỉnh các mũi chịu răng hàm và răng nanh cùng rìa cắn răng cửa.

+ Độ nghiêng gần-xa R3.



Hình 3: Đánh giá độ nghiêng gần-xa và ngoài-trong của R3

Độ nghiêng gần xa của thân răng là góc tạo bởi đường thẳng vuông góc với mặt phẳng nhai và trục thân răng. Góc độ (+) khi trục răng nghiêng về phía xa so với đường thẳng vuông góc với mặt nhai và ngược lại.

+ Độ nghiêng ngoài – trong R3. Độ nghiêng ngoài trong của thân răng là góc tạo bởi đường thẳng vuông góc với mặt nhai và đường tiếp tuyến với điểm giữa mặt ngoài thân răng. Góc độ (+) khi đường tiếp tuyến ở về phía trong (phía lợi) so với đường vuông góc với mặt nhai và ngược lại.

❖ **Đặc điểm cận lâm sàng:** Đánh giá chiều dài R3, chiều cao xương ổ răng, khoảng cách R3-xương vỏ tại vị trí mào xương ổ, 1/2 chân răng và vị trí chóp chân răng trên phim Cone Beam CT (CBCT). Tất cả các phim CBCT đều chụp bằng máy CBCT Osstem bởi cùng một kỹ thuật viên đã được huấn luyện định chuẩn. Để giảm thiểu sai số, các chỉ số trên phim CBCT sẽ được tính bằng trung bình cộng của 3 lần đo khác nhau, mỗi lần đo cách nhau một tuần bởi cùng 1 người.

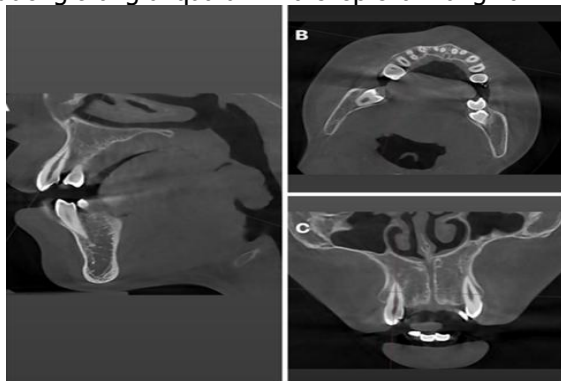
- Xác định độ nghiêng và đo các chỉ số của R3 hàm trên

- Xác định các điểm mốc tham chiếu của R3 hàm trên:

(A) Trong chiều thể mặt phẳng đứng dọc, vẽ đường dọc theo đỉnh mũi và chóp chân răng nanh.

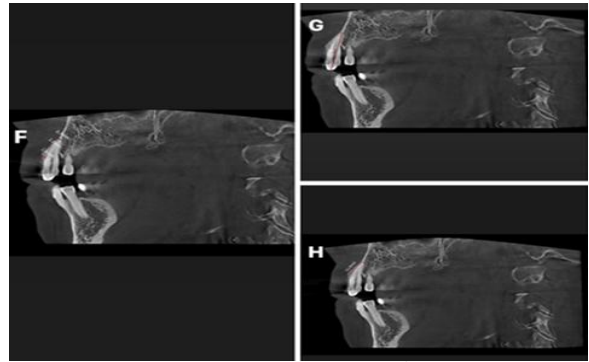
(B) Trong chiều thể mặt phẳng ngang, vẽ đường thẳng đi qua tâm căn (xác định là điểm nằm tại vị trí 1/2 mào xương ổ đến chóp chân răng) tại điểm chính giữa của răng nanh cần xác định và cắt qua răng nanh bên đối diện.

(C) Trong chiều thể mặt phẳng đứng ngang, vẽ đường thẳng đi qua đỉnh và chóp chân răng nanh.



Hình 4: Hình ảnh xác định các điểm mốc R3 hàm trên

(F) Đo bề dày XOR mặt ngoài chân R3 tại vị trí: A (mào xương ổ).
B (1/2 khoảng cách từ mào XOR đến chóp răng).
C (chóp chân răng)



Hình 5: Đo bề dày xương ổ mặt ngoài, chiều dài R3 hàm trên và chiều cao XOR trên mặt phẳng đứng dọc

(G) Đo chiều dài của R3 (tính từ đỉnh mũi răng đến chóp chân răng).

(H) Đo khoảng cách từ mào xương ổ đến chóp chân răng theo các mốc đã xác định trên mặt phẳng đứng dọc.

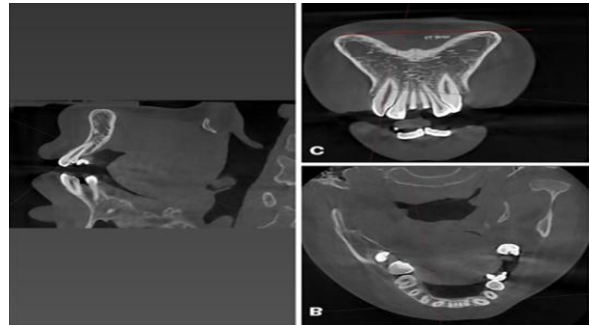
- Xác định độ nghiêng và đo các chỉ số của R3 hàm dưới:

- Xác định các điểm mốc tham chiếu của R3 hàm dưới

(A) Trong thể mặt phẳng đứng dọc, vẽ đường dọc theo trục dài của R3 từ đỉnh đến chóp).

(B) Trong thể mặt phẳng ngang, vẽ đường thẳng đi qua tâm căn (xác định là điểm nằm tại vị trí 1/2 mào xương ổ đến chóp chân răng) tại điểm chính giữa của răng nanh cần xác định và cắt qua răng nanh bên đối diện.

(C) Trong thể mặt phẳng đứng ngang, vẽ đường thẳng đi qua đỉnh và chóp răng nanh hàm dưới.



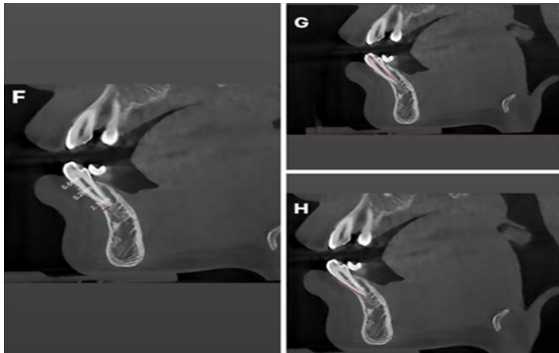
Hình 6: Hình ảnh xác định các điểm mốc R3 hàm dưới

(F) Đo bề dày XOR mặt ngoài chân R3 tại vị trí: A (mào xương ổ).

B (1/2 khoảng cách từ mào XOR đến chóp răng).
C (chóp chân răng)

(G) Đo chiều dài của R3 (tính từ đỉnh mũi răng đến chóp chân răng).

(H) Đo khoảng cách từ mào xương ổ đến chóp chân răng.



Hình 7: Đo bề dày xương ổ mặt ngoài, chiều dài R3 hàm dưới và chiều cao XOR trên mặt phẳng đứng dọc

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2024 đến 11/2024.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa răng hàm mặt Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng đề cương và Hội đồng Đạo đức của trường Đại học Y - Dược Hải Phòng thông qua và phê duyệt. Bệnh nhân tự nguyện tham gia vào nghiên cứu mới được chọn vào đối tượng nghiên cứu. Các đối tượng nghiên cứu được thông báo toàn bộ các bước trong quá trình điều trị và nghiên cứu thực hiện đề tài. Các bước điều trị hoàn toàn không ảnh hưởng đến sức khỏe của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung. Qua 32 mẫu nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận được 18 răng nanh hàm trên và 14 răng nanh hàm dưới.

Đặc điểm trên khám lâm sàng

Bảng 1: Độ xoay R3

Vị trí R3	Hàm trên		Hàm dưới		Tổng	
	N	%	N	%	N	%
Có	9	50%	3	21,43%	12	37,50%
Không	9	50%	11	78,57%	20	62,50%
Tổng	18	100%	14	100%	32	100%

Bảng 5: Kết quả phân tích các số đo trên CBCT

Vị trí R3	Tổng	Khoảng cách chân R3 – xương vò tại vị trí mào xương ổ răng ($\bar{X} \pm SD$)	Khoảng cách chân R3 – xương vò tại vị trí 1/2 chân răng ($\bar{X} \pm SD$)	Khoảng cách chân R3 – xương vò tại vị trí chóp chân răng ($\bar{X} \pm SD$)
Hàm trên	18	1,3 $\pm$ 0,40	0,64 $\pm$ 0,17	0,82 $\pm$ 0,43
Hàm dưới	14	0,92 $\pm$ 0,23	0,51 $\pm$ 0,16	1,14 $\pm$ 0,24
Tổng	32	1,13 $\pm$ 0,38	0,58 $\pm$ 0,17	0,96 $\pm$ 0,39

Nhận xét: Qua khảo sát 32 răng nanh trên CBCT, trung bình khoảng cách chân R3 – xương vò lớn nhất tại vị trí mào xương ổ răng 1,13 $\pm$

Nhận xét: Có 12 răng nanh xoay trục chiếm tỷ lệ 37,50% trước khi tiến hành di xa với loop, và 20 răng nanh không xoay trục chiếm tỷ lệ 62,50% trong tổng số 32 răng nanh trong nghiên cứu của chúng tôi.

Bảng 2: Độ nghiêng gần - xa R3

Vị trí R3	Hàm trên		Hàm dưới		Tổng	
	N	%	N	%	N	%
Nghiêng gần	4	12,5%	2	6,25%	6	18,75%
Nghiêng xa	0	0%	0	0%	0	0%
Thẳng trục	14	43,75%	12	37,5%	26	81,25%

Nhận xét: Trong 32 răng nanh nghiên cứu, đa số các răng thẳng trục chiếm tỉ lệ 81,25% có 6 răng nanh hàm trên có trục nghiêng gần chiếm tỷ lệ 18,75%, không có răng nào nghiêng xa.

Bảng 3: Độ nghiêng ngoài-trong R3

Vị trí R3	Hàm trên		Hàm dưới		Tổng	
	N	%	N	%	N	%
Nghiêng ngoài	5	27,78%	4	28,57%	9	28,13%
Nghiêng trong	11	61,11%	7	50,00%	18	56,25%
Thẳng trục	2	11,11%	3	21,43%	5	15,62%

Nhận xét: Trong 32 răng nanh nghiên cứu, đa số các răng nghiêng trong chiếm tỉ lệ 56,25% trong đó có 11 răng nanh hàm trên và 7 răng nanh hàm dưới, có 9 răng nanh có trục nghiêng ngoài chiếm tỷ lệ 28,13% và 5 răng nanh thẳng trục với tỉ lệ 15,62%.

Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 4: Chiều dài R3 và chiều cao xương ổ răng trên CBCT

Vị trí R3	Tổng	Chiều dài R3 ($\bar{X} \pm SD$)	Chiều cao xương ổ răng ($\bar{X} \pm SD$)
Hàm trên	18	25,07 $\pm$ 1,47	14,70 $\pm$ 1,83
Hàm dưới	14	23,44 $\pm$ 2,3	13,16 $\pm$ 1,68
Tổng	32	24,36 $\pm$ 2,02	14,03 $\pm$ 1,90

Nhận xét: - Qua 32 răng nanh nghiên cứu, chiều dài trung bình của R3 hàm trên là 25,07 $\pm$ 1,47mm, chiều dài trung bình của R3 hàm dưới là 23,44 $\pm$ 2,3mm.

- Chiều cao trung bình xương ổ răng mặt ngoài của răng nanh hàm trên là 14,70 $\pm$ 1,83mm, của răng nanh dưới là 13,16 $\pm$ 1,68mm.

0,38mm, sau đó là vị trí chóp chân răng 0,96 $\pm$ 0,39mm, mỏng nhất tại vị trí 1/2 chân răng 0,58 $\pm$ 0,17mm.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu. Vị trí của răng nanh trên lâm sàng đóng một vai trò quan trọng cho sự ổn định của kết quả chỉnh nha. Đặc biệt là độ xoay, độ nghiêng ngoài trong và độ nghiêng gần xa có ảnh hưởng đến lồng múi của khớp cắn cuối cùng và hướng dẫn sang bên của hàm dưới. Trong khi đó, độ xoay của răng nanh sẽ quyết định hình dạng cung răng khi đi dây thẳng để dàn đều^{5,6}. Vì vậy kiểm soát những đặc tính này là rất quan trọng. Khi đánh giá trên lâm sàng, chúng tôi nhận thấy có 20 răng nanh không xoay trục chiếm tỷ lệ 62,5%. Khi xét về độ nghiêng gần xa có 81,25% răng có trục thẳng, 18,75% răng có trục nghiêng gần, và không có răng bị nghiêng xa. Các răng nghiêng gần cũng là vị trí thuận lợi giúp cho việc đi xa răng nanh, hạn chế được các hiệu ứng phụ không mong muốn trong quá trình di chuyển răng. Tuy nhiên tác dụng phụ vẫn có thể xảy ra khi đặt lực lên răng ở mắc cài mà không đi qua tâm cản. Do đó, ở những răng này việc kéo đóng khoảng theo cơ chế trượt sẽ gây tác dụng phụ như cuộn dây và mất thời gian hay dây nhiều hơn so với việc kéo đóng khoảng bằng loop.

Tỷ lệ răng nanh nghiêng trong là cao nhất ở cả hàm trên và hàm dưới với 56,25%, tiếp đến là nghiêng ngoài với 28,13% và thẳng trục với 15,62%. Điều này cho thấy là trong phần lớn các trường hợp răng nanh cần được chỉnh thêm torque âm để đưa chân răng vào trong phần xương xốp trước khi di chuyển răng. Việc này có thể được thực hiện bằng cách sử dụng mắc cài có thông số torque lớn hoặc thêm lệnh trên loop trước khi kéo đóng khoảng.

Đặc điểm cận lâm sàng của mẫu nghiên cứu. Việc kiểm soát chân răng nanh trong khi kéo là một thách thức vì chân răng nanh có chiều dài lớn nhất trên cung hàm. Ở hàm trên chiều dài chân răng ghi nhận được là $25,07 \pm 1,47\text{mm}$, lớn hơn hàm dưới với $23,44 \pm 2,3\text{mm}$ kết quả này thấp hơn so với chiều dài trung bình của răng nanh theo Hoàng Tử Hùng (2006). Tuy nhiên sự khác biệt này là không đáng kể.

Liên quan của chân răng nanh với xương ổ ảnh hưởng nhiều đến việc chuẩn bị trước kéo: chỉnh torque răng (độ nghiêng ngoài-trong của thân răng), kiểm soát lực kéo và mức độ di chuyển răng: khi chân răng ở trong xương xốp sẽ di chuyển dễ dàng hơn trong xương ổ. Chiều cao trung bình xương ổ răng mặt ngoài của răng nanh hàm trên là $14,70 \pm 1,83\text{mm}$, của răng nanh dưới là $13,16 \pm 1,68\text{mm}$. Tại vị trí mào xương ổ thì chân răng nanh hàm trên cách

xương ổ $1,3 \pm 0,40\text{mm}$, nhiều hơn răng nanh hàm dưới là $0,92 \pm 0,23\text{mm}$. Tuy nhiên vị trí chóp chân răng nanh hàm trên lại sát xương ổ hơn hàm dưới ($0,82 \pm 0,43\text{mm}$ và $1,14 \pm 0,24\text{mm}$). Điều này có lẽ là do răng nanh hàm trên thường có torque âm và do đặc điểm bản xương ngoài xương hàm dưới thường khá mỏng⁸. Đặc điểm này có thể khác nhau ở từng cá thể nên khó chỉnh torque chân răng nếu chỉ dùng dây thẳng. Tuy nhiên, khi sử dụng loop chúng ta có thể tích hợp thêm lực chỉnh torque tùy theo đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng của từng răng trước khi di chuyển.

Như vậy, nghiên cứu cho thấy răng nanh ở người bệnh chỉnh nha có chỉ định nhổ răng hàm nhỏ có các đặc điểm về trục răng trên lâm sàng, cận lâm sàng thay đổi và khác nhau tùy từng cá thể. Do đó, khó khăn gặp phải khi kéo đóng khoảng là việc kiểm soát sự dịch chuyển của chân răng trong xương cùng với các tác dụng phụ như xoay và nghiêng răng do điểm đặt lực của khí cụ ở mắc cài. Các yếu tố trên là cơ sở để chúng tôi cho rằng công cụ giúp kiểm soát các yếu tố trên ngay từ ban đầu như loop sẽ giúp tăng hiệu quả điều trị vì nó tạo thuận lợi cho việc kiểm soát sự di chuyển của răng theo 3 chiều không gian, hạn chế các hiệu ứng phụ đồng thời rút ngắn thời gian điều trị vì vậy phim CBCT là cần thiết để xác định cách thức tác động loop như thế nào cho phù hợp để dịch chuyển chân răng và thân răng vào vị trí mong muốn.

V. KẾT LUẬN

Các răng nanh có chỉ định nhổ răng và di xa phần lớn có trục thẳng trên lâm sàng 81,25% răng thẳng trục theo chiều gần xa, 62,50% răng nanh không xoay trục. Tuy nhiên, trên phim CBCT các răng nanh nghiêng trong hoặc nghiêng ngoài: 18 răng trục nghiêng trong (56,25%), 9 răng trục nghiêng ngoài (28,13%) và 5 răng thẳng trục (15,62%). Răng nanh hàm trên bề dày xương ổ răng lớn nhất ở mào xương ổ răng: $1,3 \pm 0,40\text{mm}$, chóp chân răng sát với bản ngoài xương ($0,82 \pm 0,43\text{mm}$). Răng nanh hàm dưới bề dày xương ổ răng ở phần chóp là lớn nhất ($1,14 \pm 0,24$). Chiều cao trung bình xương ổ răng mặt ngoài của răng nanh hàm trên là $14,70 \pm 1,83\text{mm}$, của răng nanh dưới là $13,16 \pm 1,68\text{mm}$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ribeiro GLU, Jacob HB. Understanding the basis of space closure in Orthodontics for a more efficient orthodontic treatment. Dental Press J Orthod. 2016;21(2):115-125. doi:10.1590/2177-6709.21.2.115-125.sar

2. (PDF) **Retraction in Orthodontics - A Short Review**. ResearchGate. Published online October 22, 2024. Accessed December 8, 2024. https://www.researchgate.net/publication/351449192_Retraction_in_Orthodontics_-_A_Short_Review
3. **Boushell LW, Sturdevant JR.** 1 - Clinical Significance of Dental Anatomy, Histology, Physiology, and Occlusion. In: Ritter AV, Boushell LW, Walter R, eds. *Sturdevant's Art and Science of Operative Dentistry*. Elsevier; 2019:1-39. doi:10.1016/B978-0-323-47833-5.00001-0
4. **Sudhakar* SS, Shrinivasa KA, Shetty P, Antony G, M SS.** A comprehensive review on loops in orthodontics. *IP Indian Journal of Orthodontics and Dentofacial Research*. 7(3):191-207. doi:10.18231/j.ijodr.2021.033
5. **Kahl-Nieke B, Fischbach H, Schwarze CW.** Post-retention crowding and incisor irregularity: a long-term follow-up evaluation of stability and relapse. *Br J Orthod*. 1995;22(3):249-257. doi:10.1179/bjo.22.3.249
6. **Myser SA, Campbell PM, Boley J, Buschang PH.** Long-term stability: postretention changes of the mandibular anterior teeth. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2013;144(3):420-429. doi:10.1016/j.ajodo.2013.05.004
7. **Proffit WR, Fields HW Jr, Sarver DM.** *Contemporary Orthodontics*.; 2014.
8. **Thickness of labial alveolar bone overlying healthy maxillary and mandibular anterior teeth - PubMed.** Accessed December 28, 2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25377957/>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT NAM – CU BA HÀ NỘI NĂM 2024

Nguyễn Việt Anh¹, Lê Thu Trang¹, Phùng Thị Thu Hà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng răng khôn hàm dưới (RKHD) ở người trưởng thành tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba Hà Nội năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, mẫu nghiên cứu gồm 72 bệnh nhân có răng khôn hàm dưới đến khám tại Khoa Răng miệng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba Hà Nội từ 1/2024 - 6/2024 được hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng. Các biến số nghiên cứu gồm tuổi, giới, phân bố vị trí RKHD, triệu chứng toàn thân, tại chỗ. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $30,65 \pm 10,63$ và không có sự khác biệt về giới tính. RKHD bên phải chiếm tỷ lệ 53,33%, RKHD bên trái chiếm 46,67%. Đa số bệnh nhân có triệu chứng đau RKHD với tỷ lệ 47,22%, triệu chứng mất thức ăn chiếm 52,78%. **Kết luận:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $30,65 \pm 10,63$ và nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam. Tỷ lệ RKHD bên phải và trái tương đương nhau. Bệnh nhân đến khám chủ yếu vì đau RKHD chiếm tỷ lệ 47,22%.

Từ khóa: răng khôn hàm dưới, lâm sàng.

SUMMARY

THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF LOWER WISDOM TEETH IN ADULTS AT VIET NAM – CU BA FRIENDSHIP HOSPITAL HA NOI IN 2024

Objectives: To describe the clinical characteristics of lower wisdom teeth in adults at Viet Nam –Cu Ba Friendship Hospital Hanoi, in 2024. **Method:** 72 patients with lower wisdom teeth who

visited the Department of Dentistry, Viet Nam – Cu Ba Friendship Hospital Hanoi, were interviewed and clinically examined. The study variables included age, gender, lower wisdom teeth location distribution, and systemic and local symptoms. **Results:** The average age of the patients was 30.65 ± 10.63 , with no significant difference in gender. Tooth 48 accounted for 53.33%, and tooth 38 accounted for 46.67%. Most patients had pain symptoms (47.22%), and food impaction was present in 52.78%. **Conclusion:** The average age of patients was 30.65 ± 10.63 , with a higher proportion of females than males. The ratio of teeth 38 and 48 was similar. A high percentage of patients (47.22%) came for examination due to pain.

Keywords: Mandibular wisdom teeth, clinical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng khôn hàm dưới (RKHD) là thuật ngữ để mô tả răng hàm lớn thứ 3 hàm dưới, là răng có thời gian hình thành và phát triển dài nhất so với tất cả các răng khác. RKHD thường mọc ở độ tuổi 18 đến 25, khi các răng còn lại đã ổn định vị trí trên cung hàm¹. Do nhiều nguyên nhân, RKHD có thể gây một số biến chứng tại vùng hàm mặt, ảnh hưởng tới sức khỏe và tinh thần của bệnh nhân. Do đó, RKHD thường được chỉ định nhổ bỏ trong điều trị nha khoa. Dựa vào đặc điểm về hình thể, vị trí, tư thế mọc và những liên quan giải phẫu, bác sỹ nha khoa có thể xác định mức độ nguy cơ và tiên lượng các biến chứng có thể xảy ra. Từ đó lập kế hoạch điều trị cụ thể với từng trường hợp lâm sàng, làm giảm nguy cơ tai biến, biến chứng, di chứng trong và sau điều trị. Nhằm nâng cao hiểu biết, nhận thức của mọi người, đặc biệt ở đối tượng người trưởng thành với những nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra của RKHD cũng như góp phần vào

¹Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thu Trang

Email: tranghuy1219@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025