

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aroori S, Spence RA.** Carpal tunnel syndrome. *Ulster Med J.* Jan 2008; 77(1):6-17.
2. **Ashworth N.** Carpal tunnel syndrome. *Clinical evidence.* 03/23 2010; 2010
3. **Gelfman R, Melton LJ, Yawn BP, Wollan PC, Amadio PC, Stevens JC.** Long-term trends in carpal tunnel syndrome. *Neurology.* 2009/01/06 2009; 72(1): 33-41. doi:10.1212/01.wnl.0000338533.88960.b9
4. **Ma Ngọc Thành.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị Hội chứng ống cổ tay. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2021.
5. **Atroshi I, Gummesson C, Johnsson R, Ornstein E, Ranstam J, Rosén I.** Prevalence of carpal tunnel syndrome in a general population. *Jama.* Jul 14 1999; 282(2):153-8. doi:10.1001/jama.282.2.153
6. **Pacek CA, Chakan M, Goitz RJ, Kaufmann RA, Li ZM.** Morphological analysis of the transverse carpal ligament. *Hand (N Y).* Jun 2010; 5(2):135-40. doi:10.1007/s11552-009-9219-2
7. **Yoo HM, Lee KS, Kim JS, Kim NG.** Surgical Treatment of Carpal Tunnel Syndrome through a Minimal Incision on the Distal Wrist Crease: An Anatomical and Clinical Study. *Arch Plast Surg.* May 2015; 42(3): 327-33. doi:10.5999/aps.2015.42.3.327
8. **Sacks JM, Kuo Y-R, Mclean K, Wollstein R, Lee WPA.** Anatomical relationships among the median nerve thenar branch, superficial palmar arch, and transverse carpal ligament. *Plastic and reconstructive surgery.* 2007; 120(3):713-718.
9. **Nam YS, Hong E, Kim B, et al.** An Anatomical Study of the Palmaris Brevis, Transverse Carpal Ligament, and the Recurrent Motor Branch of the Median Nerve. *The Journal of Hand Surgery (Asian-Pacific Volume).* 2022; 27(01):163-170.
10. **Cobb TK, Dalley BK, Posteraro RH, Lewis RC.** Anatomy of the flexor retinaculum. *J Hand Surg Am.* Jan 1993; 18(1):91-9. doi:10.1016/0363-5023(93)90251-w

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN KHE HỞ MÔI VÀ VÒM MIỆNG TOÀN BỘ MỘT BÊN THUỘC NHÓM GOSLON 4 ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ CHỈNH NHA BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT NAM CUBA

Nguyễn Đình Phúc¹, Phùng Thị Thu Hà¹, Nguyễn Thị Hồng Vân¹,
Nguyễn Thị Thanh Châm¹, Bùi Thị Oanh¹,
Nguyễn Đình Hà¹, Nguyễn Thanh Hằng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân Khe hở môi và vòm miệng toàn bộ một bên thuộc nhóm GOSLON 4 được điều trị chỉnh nha bằng khí cụ cố định tại bệnh viện HN Việt Nam Cuba. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 30 bệnh nhân Khe hở môi và vòm miệng toàn bộ một bên thuộc nhóm GOSLON 4 được điều trị chỉnh nha bằng khí cụ cố định tại bệnh viện HN Việt Nam Cu Ba từ tháng 4 năm 2020 đến tháng 10 năm 2023. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân đến điều trị là do vấn đề về thẩm mỹ (77%, 23 BN), còn lại là do vấn đề về chức năng (13%, 4 BN) và được chuyển từ khoa khác sang khám (10%, 3 BN). Trong đó nam chiếm 43% (13 bệnh nhân), nữ chiếm 57% (17 bệnh nhân). Trong nhóm nghiên cứu, tuổi răng hỗn hợp chiếm 40%, răng vĩnh viễn chiếm 60%. Vị trí khe hở bên phải là 40% (12 BN), bên trái là 60% (18 BN). Khớp cắn loại II chiếm tỷ lệ cao nhất là 60% (18 BN), sau đó đến khớp cắn loại III chiếm tỷ lệ 40% (12 BN), không có BN nào có khớp cắn bình thường. Răng cửa giữa hàm trên xoay chiếm 73% (22 BN), không

xoay chiếm 27% (8 BN). Răng cửa bên thiếu ở vùng khe hở chiếm 80% (24 BN). **Kết luận:** Trong nghiên cứu, tỷ lệ nữ bị KHMVM là 57% nhiều hơn nam. Khe hở cung hàm bên trái nhiều hơn bên phải. Khớp cắn loại III xương, loại II răng chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Cắn chéo 1 bên chiếm 80%, cắn chéo 2 bên chiếm 20%. Răng cửa giữa hàm trên trong nghiên cứu đa số bị xoay trục là 73%. Tỷ lệ thiếu răng cửa bên ở vùng khe hở là 80%. Tỷ lệ lệch đường giữa hàm trên là 63%

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, Khe hở môi vòm miệng, Goslon 4, Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam Cuba.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF A PATIENT WITH COMPLETE UNILATERAL CLEFT LIP AND PALATE, CLASSIFIED AS GOSLON GROUP 4, TREATED WITH FIXED ORTHODONTIC APPLIANCES AT VIETNAM-CUBA HOSPITAL

Objective: Describe the clinical characteristics of patients with complete unilateral cleft lip and palate classified as GOSLON Group 4, treated with fixed orthodontic appliances at Vietnam-Cuba Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 30 patients with complete unilateral cleft lip and palate classified as GOSLON Group 4, treated with fixed orthodontic appliances at Vietnam-Cuba Friendship Hospital from April 2020 to October 2023. **Results:** Most patients sought

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cuba

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thị Thu Hà

Email: drphungthavncb@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025

treatment due to aesthetic issues (77%, 23 patients), while others sought treatment for functional problems (13%, 4 patients) or were referred from other departments (10%, 3 patients). Among the patients, 43% were male (13 patients) and 57% were female (17 patients). In the study group, mixed dentition accounted for 40%, while permanent dentition accounted for 60%. The cleft was located on the right side in 40% (12 patients) and on the left side in 60% (18 patients). Class II malocclusion was the most common, accounting for 60% (18 patients), followed by Class III malocclusion at 40% (12 patients), with no patients having a normal bite. Upper central incisors were rotated in 73% (22 patients) and non-rotated in 27% (8 patients). Missing lateral incisors in the cleft area was observed in 80% (24 patients). **Conclusion:** In the study, the prevalence of female patients with cleft lip and palate was 57%, higher than that of male patients. Clefts on the left side were more common than on the right side. Class III skeletal malocclusion and Class II dental malocclusion were the most prevalent. Unilateral crossbite was observed in 80% of patients, while bilateral crossbite was present in 20%. Most upper central incisors were rotated (73%). The prevalence of missing lateral incisors in the cleft area was 80%. The rate of midline deviation of the upper jaw was 63%.

Keywords: Clinical characteristics, Cleft lip and palate, GOSLON 4, Vietnam-Cuba Friendship Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi vòm miệng là dị tật bẩm sinh thường gặp nhất ở vùng hàm mặt. Bệnh lý này có thể thuộc hội chứng hoặc không thuộc hội chứng. Dịch tễ học khe hở môi vòm miệng rất phức tạp, liên quan đến cả yếu tố gen và yếu tố môi trường. Tỷ lệ khe hở môi vòm miệng thay đổi khác nhau tùy theo chủng tộc, vùng địa lý, các yếu tố phơi nhiễm ngoài môi trường và điều kiện kinh tế xã hội, có thể dao động từ 1:700 đến 1:2500 trẻ sơ sinh [1], trong đó khe hở môi và vòm miệng toàn bộ một bên là loại dị tật thường gặp nhất.

Bệnh nhân Khe hở môi và vòm miệng toàn bộ một bên là đối tượng có tỷ lệ cao nhất trong nhóm bệnh nhân Khe hở môi vòm miệng đang được điều trị chỉnh nha tại Bệnh viện HN Việt Nam Cu Ba.

Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Nhận xét đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân Khe hở môi và vòm miệng toàn bộ một bên thuộc nhóm GOSLON 4 được điều trị chỉnh nha bằng khí cụ cố định tại bệnh viện HN Việt Nam Cu Ba."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 30 bệnh nhân Khe hở môi và vòm miệng toàn bộ một bên thuộc nhóm GOSLON 4 được điều trị chỉnh nha bằng khí cụ

cố định tại bệnh viện HN Việt Nam Cu Ba từ tháng 4 năm 2020 đến tháng 10 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng tham gia nghiên cứu:

+ Bệnh nhân có khe hở môi và vòm miệng toàn bộ một bên, đã được phẫu thuật đóng khe hở môi và vòm miệng thì đầu, có tương quan cung răng được xếp vào nhóm GOSLON 4.

+ Bệnh nhân ở độ tuổi đã mọc các răng hàm lớn thứ nhất, răng nanh, răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên.

Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Mẫu hàm không đủ các răng làm điểm mốc đánh giá

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Phương pháp thống kê và xử lý số liệu:

Theo chương trình SPSS 16.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 30 bệnh nhân để đánh giá các đặc điểm lâm sàng.

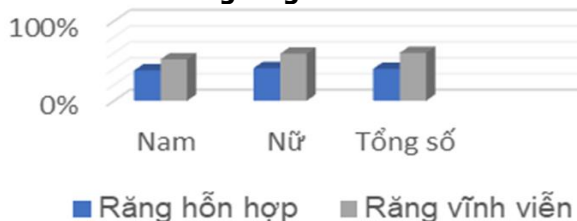
3.1. Phân bố mẫu nghiên cứu theo lý do vào viện



Biểu đồ 3.1. Phân bố mẫu nghiên cứu theo lý do vào viện

Đa số bệnh nhân đến điều trị là do vấn đề về thẩm mỹ (77%, 23 BN), còn lại là do vấn đề về chức năng (13%, 4 BN) và được chuyển từ khoa khác sang khám (10%, 3 BN).

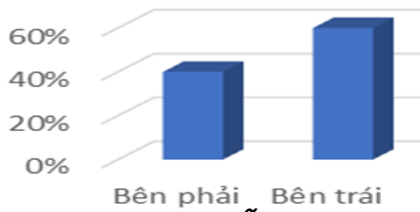
3.2. Tuổi răng và giới



Biểu đồ 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi răng và giới tính

Trong nhóm nghiên cứu, tuổi răng hỗn hợp chiếm 40%, răng vĩnh viễn chiếm 60%. Trong đó nam chiếm 43% (13 bệnh nhân), nữ chiếm 57% (17 bệnh nhân).

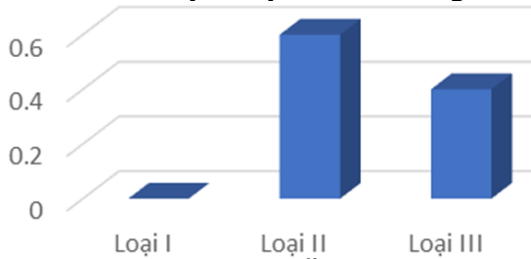
3.3. Vị trí khe hở



Biểu đồ 3.3. Phân bố mẫu nghiên cứu theo vị trí khe hở

Vị trí khe hở bên phải là 40% (12 BN), bên trái là 60% (18 BN).

3.4. Phân loại khớp cắn theo Angle



Biểu đồ 3.4. Phân bố mẫu nghiên cứu theo loại khớp cắn Angle

Khớp cắn loại II chiếm tỷ lệ cao nhất là 60% (18 BN), sau đó đến khớp cắn loại III chiếm tỷ lệ 40% (12 BN), không có BN nào có khớp cắn bình thường.

3.5. Đặc điểm của các răng trước

3.5.1. Sự xoay của răng cửa giữa hàm trên gần khe hở



Biểu đồ 3.5. Sự xoay của răng cửa giữa hàm trên gần khe hở

Răng cửa giữa hàm trên xoay chiếm 73% (22 BN), không xoay chiếm 27% (8 BN).

3.5.2. Tỷ lệ thiếu răng cửa bên vùng khe hở



Biểu đồ 3.6. Tỷ lệ thiếu răng cửa bên ở vùng khe hở

Răng cửa bên thiếu ở vùng khe hở chiếm

80% (24 BN).

3.6. Đánh giá đường giữa hàm trên

Bảng 3.1. Đánh giá đường giữa hàm trên

Đặc điểm	N	%
Không lệch đường giữa hàm trên	11	37%
Lệch đường giữa hàm trên	19	63%
Tổng	30	100%

Tỷ lệ lệch đường giữa hàm trên chiếm 63% (19 BN)

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số các bệnh nhân được điều trị, nữ chiếm tỷ lệ nhiều hơn nam (57% so với 43%), điều này trái ngược với nghiên cứu trên 952 trẻ KHMVM tại một số tỉnh miền núi phía Bắc của Nguyễn Nguyệt Nhã (1995) thấy rằng tỷ lệ nam nhiều hơn nữ (64,1% so với 35,9%) [2], đồng thời trái ngược với nghiên cứu trên 583 trẻ KHMVM tại trường Đại học Tartu, các tác giả Triin Jagomagi, Marianne Soots, Mare Saag thấy rằng tỷ lệ nam gấp 2,1 lần nữ [3]. Số liệu này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Huyền (2017) khi thống kê trên 100 trẻ KHMVM được điều trị chỉnh nha tại Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội, tỷ lệ nữ là 62%, nam là 38% [4]. Nguyên nhân có thể là nữ giới có nhu cầu điều trị răng hàm mặt do yếu tố thẩm mỹ được chú ý ở nữ hơn. Điều này cũng tương đồng với số liệu lý do đến khám vì thẩm mỹ chiếm tỷ lệ 77%.

Về tuổi răng, trong nghiên cứu, tuổi răng hỗn hợp 8-12 tuổi chiếm 40%, răng vĩnh viễn chiếm 60%. Tuổi răng có ý nghĩa trong việc chọn thời điểm để phối hợp với phẫu thuật ghép xương khe hở cung răng và chỉnh nha. Tuổi ghép xương khe hở cung răng theo Meyer S., Molsted K. có tỷ lệ thành công cao là 12,1 tuổi, tỷ lệ thành công thấp là 13,6 tuổi [5]. Một số tác giả cho rằng có thể thực hiện phẫu thuật ghép xương sớm ở giai đoạn 5-6 tuổi, để cho phép răng cửa bên vĩnh viễn hàm trên mọc vào vùng xương ghép. Tuy nhiên, các tác giả khác lại tranh luận rằng, việc thiếu răng cửa bên vĩnh viễn hàm trên ở trẻ KHMVM rất thường gặp (từ 70,8% đến 97,1%), và phẫu thuật sớm có thể gây nên hạn chế sự phát triển của xương hàm trên theo chiều ngang và chiều trước sau nhiều hơn. Do đó, tại bệnh viện HN Việt Nam Cu Ba, tuổi ghép xương thường được lựa chọn ở thời điểm 9-12 tuổi.

Vị trí khe hở bên trái là 60% nhiều hơn bên phải là 40%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước khác về tỷ lệ khe hở bên trái gấp nhiều hơn bên

phải, không phân biệt giới tính, chủng tộc và mức độ khe hở. Nguyên nhân có thể là do mạch máu nuôi dưỡng cho phía bên phải của đầu bào thai tách ra từ động mạch chủ ở vị trí gần tim hơn, nên bên phải được cung cấp máu tốt hơn bên trái.

Răng cửa giữa hàm trên trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bị xoay trục (73%, 22 BN). Điều này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác như của Marie P., Nadia A., Agneta L.A.K. trên 129 BN KHMVM 1 bên thì 83,6% BN có răng cửa giữa xoay [6] và nghiên cứu của Nguyễn Thanh Huyền (2017) trên 100 BN cũng thấy tỷ lệ răng cửa giữa bị xoay là 86% [4].

Răng cửa bên hàm trên thường bị thiếu ở bên khe hở. Thiếu răng nanh ở gần vùng khe hở cũng hay xảy ra, tuy nhiên chúng tôi giới hạn phạm vi mẫu nghiên cứu có đủ răng để đo đặc các kích thước cung răng nên trường hợp thiếu răng nanh không được đưa vào nghiên cứu này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thiếu răng cửa bên ở bên khe hở là 80% (24 BN), tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả khác. Theo quan sát của chúng tôi trong nghiên cứu này, các răng cửa bên ở vùng khe hở không bị thiếu thường sẽ mọc đúng vào khe hở và có chân răng rất ngắn, không đủ nâng đỡ của vùng quanh răng. Tỷ lệ thiếu răng cửa bên cao có thể là do thiếu máu cung cấp cho vùng khe hở do bẩm sinh hoặc do phẫu thuật, dẫn đến thiếu dưỡng cho sự hình thành và phát triển của mầm răng và răng.

Các BN thuộc nhóm GOSLON 4, có độ cắn chia âm và có cắn chéo/ cắn ngược đa số sẽ có khớp cắn bộ răng thuộc loại Angle III tương ứng với kiểu hình xương. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy phần lớn BN có sai khớp cắn loại II (60%, 18 BN), còn lại là khớp cắn loại III (40%, 12 BN) do có sự lệch kết của răng hàm nhỏ hàm trên nên răng hàm lớn thứ nhất hàm trên di chuyển ra trước. Không có BN nào có khớp cắn loại I.

Tỷ lệ bệnh nhân có cắn ngược vùng răng trước là 100%. Cắn chéo răng sau 1 bên gặp ở 80% các trường hợp (24 BN), cắn chéo 2 bên gặp với tỷ lệ 20% (6 BN). Cắn chéo phía sau gặp ở bên có khe hở nhiều hơn là bên không có khe hở. So sánh với kết quả của các nghiên cứu khác trên thế giới thì nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ cắn chéo, cắn ngược cao hơn. Nguyên nhân là do tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là nhóm trẻ KHMVM thuộc GOSLON 4, còn đối tượng nghiên cứu của các tác giả khác rộng hơn. Nguyên nhân gây nên cắn ngược, cắn chéo là do sự kém phát triển xương hàm trên.

Sai hình xương loại III là kiểu hay gặp nhất ở bệnh nhân KHMVM, do các phẫu thuật thì đầu có thể gây sẹo co kéo làm hạn chế sự phát triển của xương hàm trên theo chiều trước sau và chiều ngang, làm cho sự bất cân xứng giữa hàm trên và hàm dưới ngày càng nặng. Đánh giá chính xác tương quan xương dựa vào phân tích phim sọ nghiêng Cephalometric.

Tỷ lệ lệch đường giữa hàm trên chiếm 63% (19 BN). Nguyên nhân chủ yếu của lệch đường giữa là do sự thiếu răng ở bên khe hở, có thể là răng cửa giữa, răng cửa bên hoặc răng nanh, làm cho cung răng bị di chuyển, hoặc do kích thước các răng cùng nhóm không bằng nhau.

V. KẾT LUẬN

- + Tỷ lệ nữ (57%) nhiều hơn nam (43%)
- + Tuổi răng hỗn hợp 8-12 tuổi chiếm 40%, răng vĩnh viễn chiếm 60%.
- + Khe hở cung hàm bên trái nhiều hơn bên phải
- + Khớp cắn loại III xương, loại II răng chiếm tỷ lệ nhiều nhất
- + Cắn ngược vùng răng trước 100%
- + Cắn chéo 1 bên chiếm 80%, cắn chéo 2 bên chiếm 20%
- + Răng cửa giữa hàm trên đa số bị xoay trục (73%)
- + Tỷ lệ thiếu răng cửa bên ở vùng khe hở là 80%
- + Tỷ lệ lệch đường giữa hàm trên là 63%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dixon M.J., Marazita M.L., Beaty T.H. et al.** (2011), "Cleft lip and palate: synthesizing genetic and environmental influences", *Nat Rev Genet*, 12(3), pp.167-178.
2. **Nguyễn Nguyệt Nhã** (1996), "Nhận xét về tình hình dị tật khe hở môi và hàm ếch bẩm sinh tại một số tỉnh biên giới phía Bắc", *Tạp chí Y học thực hành*, 6, tr.17-19.
3. **Jagomagi T., Soots M., Saag M.** (2010), "Epidemiologic factors causing cleft lip and palate and their regularities of occurrence in Estonia", *Stomatologija*, 12(4), pp. 105-108.
4. **Nguyễn Thanh Huyền** (2017), "Nghiên cứu điều trị nắn chỉnh răng có ghép xương cho bệnh nhân khe hở cung hàm toàn bộ một bên", Luận án tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.
5. **Meyer S., Molested K.** (2013), "Long-term outcome of secondary alveolar bone grafting in cleft lip and palate patients: a 10-year follow-up cohort study", *J Plast Surg Hand Surg*, 47(6), pp. 503-508.
6. **Marie P., Nadia A., Agneta L.A.K.** (2011), "The prevalence of various dental characteristics in the primary and mixed dentition in patients born with non-syndromic unilateral cleft lip with or without cleft palate", *Eur J Orthod*, pp. 1-10.