

- Có 73,3% người bệnh hài lòng với việc tự tiêm
- Có 80,0% người bệnh cảm thấy tự tin;
- 66,7% người bệnh thoải mái khi tiêm tại nhà
- Có 73,3% người bệnh cho rằng sử dụng bút tiêm là rất dễ.
- Có 93,3% người bệnh cho rằng nhân viên y tế hướng dẫn tỉ mỉ.
- Các vấn đề khó khăn gặp phải khi tiêm tại nhà là tiêm đúng thời điểm (13,3%), phản ứng nơi tiêm (6,6%), cách sử dụng bơm tiêm và bút tiêm (3,3%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BỘ Y TẾ** (2012), Hướng dẫn TAT trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
2. **Hà Thị Hải Đường** (2003), "Follicle Stimulating Hormone, những bước tiến trong điều trị vô sinh.", Chẩn đoán và điều trị vô sinh., Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr. 162-172.
3. **Wương Thị Ngọc Lan** (2004), "Hiệu quả của Ganirelix trong KTBT làm TTTON", Tạp chí Sức khỏe và sinh sản 7.
4. **Nguyễn Việt Tiến** (2009), "Hỗ trợ sinh sản Việt Nam: Quá khứ, hiện tại và tương lai.", Hội thảo chẩn đoán di truyền trước chuyển phôi 2009.
5. **Fabien J., et al** (2016). Usability engineering study in the European Union of a redesigned follitropin alfa pen injector for infertility treatment, Expert opinion on drug delivery.
6. **Yehia M. et al** (2013), Comfort, ease of use and practicality of the pen injector for follitropin α for assisted reproduction: an observational post-marketing study in Egypt. Current Medical Research & Opinion Vol. 29, No. 11, 2013, pp. 1429–1434.
7. **Shingshetty L, Cameron NJ, Mclernon DJ, Bhattacharya S.** Predictors of success after in vitro fertilization. Fertil Steril. 2024 May;121(5): 742-751. doi: 10.1016/j.fertnstert. 2024.03.003. Epub 2024 Mar 16.

SỰ THAY ĐỔI CÁC CHỈ SỐ TRÊN PHIM SỌ NGHIÊNG TRÊN BỆNH NHÂN NHỎ RĂNG SỬ DỤNG VÍT NEO CHẶN KÉO LUI KHỐI RĂNG CỬA

Võ Thị Thuý Hồng¹, Trịnh Đình Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi các chỉ số trên phim sọ nghiêng ở các bệnh nhân nhỏ răng hàm nhỏ và neo chặn tối đa. **Đối tượng:** Là 90 bệnh nhân sai khớp cắn, chỉ định nhổ răng hàm nhỏ kéo lùi vùng răng cửa, neo chặn tối đa tại BV RHM TỰ. **Phương pháp:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không đối chứng, so sánh kết quả trước sau điều trị. **Kết quả:** Các chỉ số về xương của cả 3 loại khớp cắn thay đổi ít, không có ý nghĩa thống kê, các chỉ số về răng sự thay đổi có ý nghĩa thống kê. 22 bệnh nhân sai khớp cắn loại I có góc răng cửa trên – mặt phẳng hàm trên $-7,40 \pm 3,89$, góc răng cửa dưới – mặt phẳng hàm dưới $-3,95 \pm 6,07$, góc mũi môi $6,00 \pm 7,30$, độ cắn chìa $-1,73 \pm 2,23$. 64 bệnh nhân sai khớp cắn loại II sự thay đổi ở góc răng cửa hàm trên – mặt phẳng hàm trên là $-5,58 \pm 5,76$, góc răng cửa dưới – mặt phẳng hàm dưới $-3,34 \pm 3,86$, góc liên răng cửa $10,12 \pm 7,03$, góc mũi môi $2,26 \pm 3,92$, độ cắn chìa $-2,42 \pm 2,62$. **Kết luận:** Trên phim sọ nghiêng các chỉ số xương thay đổi không đáng kể, sự thay đổi chủ yếu ở các chỉ số về răng với góc mũi môi tù hơn và trực răng cửa hàm trên giảm nhiều, cho thấy vít neo chặn có hiệu quả kéo lùi khối răng cửa ra sau. **Từ khóa:** Phim sọ nghiêng, vít neo chặn, kéo lùi răng cửa.

SUMMARY

CHANGES IN CEPHALOMETRIC INDICES IN PATIENTS UNDERGOING TOOTH EXTRACTION WITH MINISCREW ANCHORAGE FOR EN-MASS RETRACTION OF ANTERIOR TEETH

Objectives: To evaluate changes in cephalometric indices in patients undergoing premolar extraction with maximum anchorage. **Materials:** A total of 90 patients with malocclusion who required first premolar extraction for anterior teeth retraction and maximum anchorage at the National Hospital of Odonto-Stomatology from 2010 to 2013. **Methods:** An uncontrolled clinical trial comparing pre- and post-treatment outcomes. **Results:** Skeletal indices across all three malocclusion types changed minimally and were not statistically significant, while statistically significant changes were observed in dental indices. Among 22 patients with Class I malocclusion, the U1-MP angle was -7.40 ± 3.89 , the L1-MP angle was -3.95 ± 6.07 , the nasolabial angle was 6.00 ± 7.30 , and the overjet was -1.73 ± 2.23 . Among 64 patients with Class II malocclusion, changes in the U1-MP angle were -5.58 ± 5.76 , the L1-MP angle was -3.34 ± 3.86 , the interincisal angle was 10.12 ± 7.03 , the nasolabial angle was 2.26 ± 3.92 , and the overjet was -2.42 ± 2.62 . **Conclusions:** Cephalometric analysis indicated minimal skeletal changes, with significant alterations in dental indices, particularly a more obtuse nasolabial angle and a greater reduction in the upper incisor axis, demonstrating the effectiveness of MI in retracting the anterior teeth.

Keywords: Cephalometrics, Miniimplant, En-masse retraction of anterior teeth.

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thuý Hồng

Email: vothuyhong71@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 26.3.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sai khớp cắn chiếm tỉ lệ cao trong cộng đồng tại Việt Nam cũng như nhiều nước trên thế giới. Mục tiêu của điều trị nắn chỉnh răng về mặt thẩm mỹ tạo được nét mặt thẳng khi nhìn nghiêng, về mặt chức năng đạt được khớp cắn lồng múi tối đa^{1,2,3}. Điều trị nắn chỉnh răng là làm răng dịch chuyển đến một vị trí mong muốn, quá trình này diễn ra khi sử dụng lực để gây ra các đáp ứng sinh học và làm răng di chuyển. Theo Newton, khi tác động một lực lên một vật sẽ làm vật đó dịch chuyển đồng thời vật đó sẽ sinh ra phản lực bằng đúng với lực tác động. Trong nắn chỉnh răng, phản lực này có thể gây ra di chuyển mong muốn hoặc không mong muốn của răng. Neo chặn là sự kháng lại các di chuyển răng không mong muốn³. Trong nhiều trường hợp điều trị, di chuyển răng đòi hỏi neo chặn tối đa, nghĩa là không mất neo chặn hoặc mất rất ít. Neo chặn này chỉ đạt được khi neo chặn trong xương hoặc phải phối hợp nhiều kỹ cụ trong và ngoài miệng phức tạp. Sự ra đời của miniimplant (MI) với chức năng neo chặn tạm thời trong xương đã đáp ứng được đòi hỏi đặt neo chặn tối đa, đơn giản. Trên thế giới, kỹ thuật sử dụng MI làm neo chặn trong nắn chỉnh răng ngày càng phổ biến^{4,5,6}. Kỹ thuật này đã được áp dụng tại Bệnh viện RHM TW Hà Nội. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: Sự thay đổi các chỉ số trên phim sọ nghiêng trên các bệnh nhân nhổ răng sử dụng vít neo chặn kéo lùi khối răng cửa. Mục tiêu nghiên cứu nhằm đánh giá sự thay đổi các chỉ số trên phim sọ nghiêng ở các bệnh nhân nhổ răng hàm nhỏ và neo chặn tối đa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là các bệnh nhân lệch lạc khớp cắn, có chỉ định nhổ răng hàm nhỏ thứ nhất kéo lùi vùng răng cửa và cần neo chặn tối đa tại BV RHM TW từ năm 2010 đến 2013.

• Tiêu chuẩn lựa chọn

– Bệnh nhân lệch lạc khớp cắn, hàm răng vĩnh viễn, có chỉ định nhổ răng hàm nhỏ thứ nhất hai bên ở một hàm hoặc cả hai hàm, có chỉ định kéo lùi vùng răng cửa và cần neo chặn tối đa. Độ dày vỏ xương vị trí đặt vít neo chặn (MI) tối thiểu 1mm, độ rộng khoảng liên chân răng tại vị trí cắm không dưới 2,6mm trên phim CBCT.

• Tiêu chuẩn loại trừ

– Bệnh nhân có biến dạng xương hàm; có khối u; nang xương hàm; dị ứng với titan, hoặc có điều trị tia xạ; hoặc bệnh viêm quanh răng không kiểm soát được; hoặc không hợp tác nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên

cứu thử nghiệm lâm sàng không đối chứng, so sánh kết quả trước sau điều trị.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chúng tôi lấy mẫu thuận tiện với 90 bệnh nhân.

• **Các bước tiến hành nghiên cứu.** Khám lâm sàng. Chụp phim toàn cảnh (Panorama), phim sọ nghiêng (Cephalometrics). Phân tích phim. Lập kế hoạch điều trị. Điều trị nắn chỉnh răng. Lựa chọn các bệnh nhân thỏa mãn điều kiện cần kéo lùi khối răng cửa và neo chặn tối đa. Chỉ định chụp các phim: phim cắt lớp (CT Conebeam), phim cận chóp vùng dự kiến đặt vít neo chặn (vùng răng 15-16; 25-26; 35-36; 45-46) sau khi đã đánh dấu vị trí đặt vít neo chặn (MI) bằng hook. Phân tích trên phim CT Conebeam. Tiến hành đặt vít neo chặn theo quy trình. Tiếp tục điều trị nắn chỉnh răng. Tháo MI sau khi khoảng đã đóng kín. Chỉ định bệnh nhân chụp phim sọ nghiêng Cephalometrics, phân tích trên phim sọ nghiêng.

Các chỉ số phân tích sử dụng trong nghiên cứu: góc SNA, góc SNB, góc ANB, góc răng cửa hàm trên– mặt phẳng hàm trên (Góc RC HT- MP XHT), góc liên răng cửa (Góc liên RC), góc răng cửa dưới–mặt phẳng HD (Góc RC HD- MP XHD), góc mũi môi, độ cắn tràm, độ cắn chìa, tương quan khớp cắn vùng răng nanh... sau khi tháo MI. So sánh các chỉ số trước và sau điều trị để đánh giá kết quả điều trị kéo lùi khối răng cửa ra sau với MI.

• Tiêu chí đánh giá

– Xác định loại tương quan xương thông qua xác định giá trị góc ANB:

Xương loại I $0 < \text{ANB} \leq 4^\circ$. Xương loại II $\text{ANB} > 4^\circ$. Xương loại III $\leq 0^\circ$.

– So sánh kết quả đo đạc các chỉ số trên phim sọ nghiêng Cephalometrics với các chỉ số chuẩn của người Châu Âu và người Châu Á.

2.3. Xử lý số liệu

– Các số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0.

– Sử dụng test khi bình phương để so sánh các tỉ lệ, T – test so sánh giá trị trung bình với giá trị $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê, độ tin cậy 95%.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

– Đề tài là một phần trong đề tài Cấp Bộ, đã được phê duyệt thực hiện bởi Hội đồng đánh giá phê duyệt đề cương của Bộ Y Tế. 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

- Bệnh nhân được hướng dẫn vệ sinh răng miệng và chăm sóc MI để không ảnh hưởng đến sức khỏe răng miệng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố vị trí cắm MI theo tương quan xương các loại

Giới	Loại KC	Hàm trên		Hàm dưới		HT và HD		Tổng		P
		N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %	
	Loại I	13	51,9	2	9,1	7	31,8	22	100	0,438
	Loại II	39	60,9	9	14,1	16	25,0	64	100	
	Loại III	3	75,0	1	25,0	0	0	4	100	
	Tổng	55	61,1	12	13,3	23	25,6	90	100	

Bảng 2. Sự thay đổi các chỉ số sọ mặt ở bệnh nhân sai khớp cắn loại I xương

STT	N	Chỉ số sọ mặt	Mức độ thay đổi trước - sau	P
1	22	SNA (°)	-0,13 ± 0,99	0,525
2	22	SNB (°)	-0,23 ± 0,75	0,171
3	22	ANB (°)	0,91 ± 0,87	0,628
4	22	Góc RC HT- MP XHT (°)	-7,41 ± 3,88	0,000
5	22	Góc RC HD- MP XHD (°)	-3,95 ± 6,07	0,006
6	22	Góc liên RC (°)	8,23 ± 19,12	0,056
7	22	Cắn tràm (mm)	-0,45 ± 2,15	0,334
8	22	Cắn chìa (mm)	-1,73 ± 2,23	0,002
9	22	Góc mũi môi (°)	6,00 ± 7,30	0,001

Bảng 3. Sự thay đổi các chỉ số sọ mặt ở bệnh nhân sai khớp cắn loại II xương

STT	N	Chỉ số sọ mặt	Mức độ thay đổi trước-sau	P
1	64	SNA (°)	0,02 ± 0,4	0,672
2	64	SNB (°)	0,16 ± 0,90	0,154
3	64	ANB (°)	-0,14 ± 0,76	0,148
4	64	Góc RC HT- MP XHT (°)	-5,58 ± 5,76	0,000
5	64	Góc RC HD- MP XHD (°)	-3,34 ± 3,86	0,000
6	64	Góc liên RC (°)	10,12 ± 7,03	0,000
7	64	Cắn tràm (mm)	-0,01 ± 1,15	0,914
8	64	Cắn chìa (mm)	-2,42 ± 2,62	0,000
9	64	Góc mũi môi (°)	2,26 ± 3,92	0,000

Bảng 4. Sự thay đổi các chỉ số sọ mặt ở bệnh nhân sai khớp cắn loại III xương

STT	n	Chỉ số sọ mặt	Mức độ thay đổi trước-sau	P
1	4	SNA (°)	-0,12 ± 0,25	0,391
2	4	SNB (°)	0,00 ± 0,00	
3	4	ANB (°)	-0,12 ± 0,25	0,391
4	4	Góc RC HT- MP	-9,75 ± 6,02	0,048

		XHT (°)		
5	4	Góc RC HD- MP XHD (°)	-1,75 ± 2,36	0,235
6	4	Góc liên RC (°)	14,50 ± 4,20	0,006
7	4	Cắn tràm (mm)	-0,25 ± 0,50	0,391
8	4	Cắn chìa (mm)	-3,75 ± 1,26	0,009
9	4	Góc mũi môi (°)	2,25 ± 1,50	0,058

IV. BÀN LUẬN

Sự thay đổi kết quả sau điều trị kéo lùi khối răng cửa có sử dụng MI làm neo chặn ở bảng 1, trong 90 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu, 55 bệnh nhân chỉ cắm MI ở HT (61,1%), 12 bệnh nhân chỉ cắm MI ở HD (13,3%), 23 bệnh nhân cắm MI ở cả hai hàm. Trong 90 bệnh nhân tỉ lệ sai khớp cắn loại II xương gặp nhiều nhất 64 bệnh nhân là sai khớp cắn loại I, 22 bệnh nhân sai khớp cắn loại II chỉ có 4 bệnh nhân sai khớp cắn loại III. Chúng tôi chọn lựa tất cả các bệnh nhân trong khoa nắn chỉnh răng có chỉ định nhổ răng và neo chặn tối đa kéo lùi khối răng cửa ra sau. Số lượng bệnh nhân khớp cắn loại II nhiều trong nghiên cứu là vì số lượng người bệnh sai khớp cắn loại II đến khoa nắn chỉnh răng chiếm tỉ lệ cao trong số các bệnh nhân tìm kiếm nắn chỉnh răng. Các bệnh nhân này có mức độ độ chênh lệch xương hai hàm lớn, bệnh nhân đã qua tăng trưởng và cần chỉ định nhổ răng để điều trị bù trừ sự mất cân xương bằng cách thay đổi vị trí răng hai hàm. Kết quả nghiên cứu phù hợp với các chỉ định lâm sàng vì đặc điểm lâm sàng của người bệnh sai khớp cắn loại II xương thường có chỉ định nhổ răng và neo chặn tối đa để kéo lùi được nhiều nhất khối răng cửa ra sau để giảm vẩu cho bệnh nhân và giảm độ cắn chìa giúp cải thiện thẩm mỹ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi sai khớp cắn loại III xương ít gặp chỉ định neo chặn tối đa chỉ có 4 bệnh nhân trong tổng số 90 bệnh nhân. Sai khớp cắn loại III xương các bệnh nhân có chỉ định nhổ răng và neo chặn tối đa thường gặp ở hàm trên, do đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân này thường răng sẽ bù trừ cho sự mất cân xứng xương hai hàm, các răng cửa hàm trên thường ngả môi còn các răng cửa hàm dưới trực răng cửa ngả lưỡi. Vì vậy chỉ định nhổ răng và neo chặn tối đa thường chỉ định cho các bệnh nhân sai khớp cắn loại III nặng có trực răng cửa hàm trên ngả môi nhiều, nhằm mục đích dựng lại trục của răng cửa để chuẩn bị cho phẫu thuật. Nếu nhổ răng hàm nhỏ hàm dưới ở các bệnh nhân sai khớp cắn loại III có trực răng cửa hàm dưới ngả lưỡi và neo chặn tối đa, khoảng nhổ răng hàm dưới sẽ khó lòng đóng được

khoảng do chân răng đã ngã lười nhiều, chóp chân răng dễ chạm vào bản xương ngoài. Các trường hợp này cần neo chặn tối thiểu, dựng thẳng trục răng cửa dưới và kéo các răng sau ra trước để đóng kín được khoảng nhổ răng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 bệnh nhân sai khớp cắn loại III xương có chỉ định nhổ răng và neo chặn tối đa thì có 3 bệnh nhân nhổ răng hàm trên và neo chặn tối đa, chỉ có 1 bệnh nhân là nhổ răng hàm dưới và neo chặn tối đa. Các bệnh nhân này có chỉ định phẫu thuật kết hợp với nắn chỉnh dựng lại trục răng cửa.

Bảng 2, 22 bệnh nhân sai khớp cắn loại I có chỉ định nhổ răng kéo lùi khối răng cửa ra sau, sự thay đổi trước – sau điều trị có ý nghĩa thống kê chủ yếu là các chỉ số về răng: góc răng cửa trên – mặt phẳng hàm trên $-7,40 \pm 3,89$, góc răng cửa dưới – mặt phẳng hàm dưới $-3,95 \pm 6,07$, góc mũi môi $6,00 \pm 7,30$, độ cắn chìa $-1,73 \pm 2,23$. Các chỉ số về nền xương hàm như SNA, SNB và ANB thay đổi không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3, kết quả cho thấy 64 bệnh nhân sai khớp cắn loại II có chỉ định nhổ răng kéo lùi khối răng cửa ra sau và neo chặn tối đa gặp nhiều nhất (64/90 bệnh nhân). Sự thay đổi trước – sau điều trị có ý nghĩa thống kê ở các bệnh nhân sai khớp cắn loại II cũng nhận thấy chủ yếu sự diễn ra ở các chỉ số răng như: góc răng cửa hàm trên – mặt phẳng hàm trên $-5,58 \pm 5,76$, góc răng cửa dưới – mặt phẳng hàm dưới $-3,34 \pm 3,86$, góc liên răng cửa $10,12 \pm 7,03$, góc mũi môi $2,26 \pm 3,92$, độ cắn chìa $-2,42 \pm 2,62$.

Nghiên cứu của Upadhyay được thực hiện trên 40 bệnh nhân với tuổi trung bình là $17,5 \pm 3,2$, được chia làm hai nhóm. Nhóm G1 sử dụng MI cắm ở vùng xương ổ răng mặt má giữa chân răng hàm nhỏ thứ hai và răng hàm lớn thứ nhất để kéo lùi khối răng cửa. Nhóm G2 sử dụng các phương tiện neo chặn truyền thống như Headgears, cung khẩu cái, gắn thêm band cho răng hàm lớn thứ hai... Sự thay đổi về xương, răng, phần mềm được phân tích ở cả hai nhóm dựa trên phim sọ nghiêng được chụp trước khi đóng khoảng và ngay sau khi quá trình đóng khoảng hoàn tất. Với sự thay đổi về xương, kết quả nghiên cứu cho thấy ở nhóm G1 có sự tăng của góc SNB ($0,56^\circ \pm 0,86^\circ$), góc ANB giảm ($-0,67^\circ \pm 0,84^\circ$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả của chúng tôi có cùng nhận định với kết quả nghiên cứu của Upadhyay và cs (2008) chỉ số SNA thay đổi không đáng kể và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, chỉ số SNB có tăng

lên so với trước điều trị nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4 cho thấy ở bệnh nhân sai khớp cắn loại III có chỉ định nhổ răng và neo chặn là ít nhất chỉ có 4 bệnh nhân trong tổng số 90 bệnh nhân. Sự thay đổi trước – sau điều trị của góc răng cửa trên – MP hàm trên cũng diễn ra chủ yếu ở các chỉ số răng như góc liên răng cửa, độ cắn chìa là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có hai trường hợp lệch lạc khớp cắn loại III trong nghiên cứu, giá trị của góc ANB giảm đáng kể, có thể làm trầm trọng thêm kiểu mặt lõm. Tuy nhiên hai trường hợp này có chỉ định phẫu thuật, MI chỉ có tác dụng dựng trục răng HT.

Các trường hợp sai khớp cắn loại I, loại II và loại III đều cho thấy sự thay đổi góc SNA, SNB và ANB không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy khi sử dụng vít neo chặn chủ yếu tác động lên răng và xương ổ răng. Nền xương hàm trên và hàm dưới thay đổi không đáng kể. Vì vậy nếu muốn thay đổi nền xương hai hàm ở các bệnh nhân có tương quan xương chênh lệch nhiều cần phải tiến hành phẫu thuật.

Nghiên cứu của chúng tôi ở cả 3 loại sai khớp cắn xương đều có góc răng cửa trên – mặt phẳng hàm trên giảm, góc răng cửa hàm dưới với mặt phẳng hàm dưới giảm, góc liên răng cửa tăng. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Upadhyay và cs (2008) [6]. Điều này cho thấy sử dụng MI làm neo chặn không chỉ có tác dụng kéo lùi còn có tác dụng điều chỉnh độ nghiêng ngoài trong của răng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở cả 3 loại sai khớp cắn xương có góc mũi môi tăng lên nghĩa là độ nhô của môi đã giảm và nhận định này cũng phù hợp với nghiên cứu của Upadhyay và cs (2008) [6]. Góc mũi môi là góc chỉ điểm về sự thay đổi phần mềm của mặt (mặt nghiêng). Góc này rất quan trọng trong lâm sàng, làm thay đổi kiểu mặt lồi của bệnh nhân. Điều này càng làm tăng giá trị neo chặn của MI trong chỉ định kéo lùi khối răng cửa. Mục đích neo chặn của MI trong nghiên cứu là để kéo lùi khối răng cửa nên ảnh hưởng tới độ cắn chìa của răng cửa và góc mũi môi là dễ nhận thấy nhất. Mục đích của điều trị kéo lùi khối răng cửa là đưa tương quan vùng răng cửa càng về chỉ số bình thường càng tốt. Và khi vùng răng cửa được kéo lùi thì môi trên sẽ lùi ra sau và sẽ làm cho góc mũi môi tăng lên. Độ cắn chìa và góc mũi môi càng tiến về gần giá trị bình thường thì có nghĩa là việc kéo lùi đã đạt được kết quả tốt. Tuy nhiên, có ba trường hợp, độ cắn chìa sau giai đoạn kéo lùi khối răng cửa vẫn có giá trị âm. Đó là những trường hợp cần

can thiệp phẫu thuật. Như vậy, sử dụng MI làm neo chặn trong xương giúp đạt được neo chặn tối đa, tạo điều kiện cho việc kéo lùi khối răng cửa đạt hiệu quả tối ưu. Hay nói cách khác, để kéo lùi khối răng cửa, sử dụng MI làm neo chặn là biện pháp hữu hiệu nhất.

V. KẾT LUẬN

Ở cả 3 loại sai khớp cắn, các chỉ số xương thay đổi không đáng kể và sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê ở các bệnh nhân có chỉ định nhổ răng hàm nhỏ và neo chặn tối đa trên phim sọ nghiêng. Có sự khác biệt giữa trước và sau điều trị chủ yếu ở các chỉ số răng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Vít neo chặn (MI) có hiệu quả kéo lùi khối răng cửa hàm trên ra sau với góc răng cửa hàm trên giảm và góc mũi môi tù hơn so với trước điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Graber T.M., Swain B.F. (1985), Orthodontics: Current principles and techniques, Mosby, pp. 4-

- 10, 501-523, 544, 880-898.
2. Proffit W.R., Henry W. Fields., David M. Sarver. (2007), Contemporary orthodontics, Mosby, pp. 2-11, 28-71, 80-84, 201-219, 234-269, 272-276, 287-299, 511-548.
3. Ravindra Nanda (2005), Biomechanics and Esthetic strategies in clinical orthodontics, Mosby, pp. 38-73.
4. Sung JH, Kyung HM, Bae SM, Park HS, Kwon OW, McNamara J (2006), Microimplants in orthodontics, Dentos, pp. 7-32, 39-82. DOI: 10.1016/j.ajodo.2006.10.025.
5. Thiruvengkatachari B, Ammayappan P, Kandaswamy R (2008), "Comparison of rate of canine retraction with conventional molar anchorage and titanium implant anchorage", American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics, Vol. 134, pp. 30-35.
6. Madhur Upadhyay, Sumit Yadav, K Nagaraj, Sameer Patil (2008), "Treatment effects of mini-implants for en-masse retraction of anterior teeth in bialveolar dental protrusion patients: a randomized controlled trial", Vol 134 (1), pp. 18-29. DOI: 10.1016/j.ajodo. 2007.03.025.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CÁC BỆNH NHÂN HẸP ỔNG SỐNG THẮT LƯNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI GIẢI ÉP TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng^{1,2}, Đinh Ngọc Sơn^{1,2}

Từ khóa: thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, đau thắt lưng mạn tính, nội soi giải ép

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân hẹp ống sống thắt lưng được phẫu thuật nội soi giải ép. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc, tiến cứu trên 50 bệnh nhân hẹp ống sống thắt lưng được phẫu thuật nội soi giải ép tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian 01/2023 đến 1/2025. **Kết quả:** Trong 50 bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ nam/nữ là 1,5/1, độ tuổi trung bình là $42,8 \pm 10,2$. Tất cả các bệnh nhân đều có triệu chứng đau cột sống thắt lưng lan xuống hai chân và triệu chứng đau cách hồi thần kinh chiếm 92%. Điểm VAS trung bình chân là $6,8 \pm 1,9$ còn lưng là $6,0 \pm 2,5$. Điểm ODI trung bình là $59,2\% \pm 12,1\%$. Trên MRI hầu hết các bệnh nhân hẹp ống sống do thoát vị đĩa đệm trung tâm chiếm 56%, tầng đĩa đệm hay gặp nhất là L4L5 chiếm 52% và L5S1 chiếm 36%. **Kết luận:** Triệu chứng chính của hẹp ống sống thắt lưng là đau cách hồi thần kinh và đau lan xuống hai chân. Tầng hay gặp nhất là L4L5 và L5S1.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH LUMBAR SPINAL STENOSIS UNDERGOING ENDOSCOPIC DECOMPRESSION AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with lumbar spinal stenosis undergoing endoscopic decompression surgery. **Methods:** This was a prospective, longitudinal, descriptive study conducted on 50 patients with lumbar spinal stenosis who underwent endoscopic decompression surgery at Viet Duc Friendship Hospital from January 2023 to January 2025. **Results:** Among the 50 patients studied, the male/female ratio was 1.5/1, and the mean age was 42.8 ± 10.2 years. All patients presented with lower back pain radiating to both legs, and neurogenic claudication was present in 92% of cases. The mean VAS score for leg pain was 6.8 ± 1.9 , while the mean VAS score for back pain was 6.0 ± 2.5 . The mean ODI score was $59.2\% \pm 12.1\%$. On MRI, central disc herniation was the most common cause of spinal stenosis, accounting for 56% of cases. The most frequently involved disc levels were L4-L5 (52%) and

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025

Ngày duyệt bài: 26.3.2025