

(4,7%). Vi khuẩn Gram dương chỉ chiếm 22,8% trong các ca bệnh, nổi bật nhất là *S. aureus*, chiếm tỷ lệ 19,4% các ca NKH. Một số nghiên cứu trong nước khi cũng chỉ rằng nhóm vi khuẩn Gram âm là tác nhân chủ yếu gây ra NKH [1, 3, 5, 6]. Tuy vậy, có sự khác biệt về phân bố các chủng vi khuẩn Gram âm trong nghiên cứu của chúng tôi và một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Nguyễn Văn An tại bệnh viện Quân y 103 cho thấy bốn vi khuẩn Gram âm gây bệnh hàng đầu lần lượt là *E. coli*, *K. pneumoniae*, *Burkholderia* spp và *Acinetobacter* spp [6]. Nghiên cứu của Li K. tại Trung Quốc lại chỉ ra *Enterobacter* spp. và *P. aeruginosa* là những vi khuẩn Gram âm phổ biến đứng sau *E. coli* và *K. pneumoniae*. Nghiên cứu trước đây cũng chúng tôi lại cho thấy *B. cepacia* là chủng vi khuẩn Gram âm phổ biến thứ hai gây NKH [3]. Dù các nghiên cứu đều cho thấy *E. coli* và *S. aureus* là các tác nhân vi khuẩn Gram âm và Gram dương gây bệnh hàng đầu, nhưng phân bố các vi khuẩn còn lại có sự khác biệt giữa các nghiên cứu, thậm chí khác nhau giữa các khoảng thời gian tại cùng một cơ sở y tế. Do vậy, các nghiên cứu về các căn nguyên gây NKH cần được tiến hành liên tục tại từng cơ sở y tế, nhằm cung cấp các thông tin chính xác cho các bác sĩ điều trị cũng như phục vụ cho công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ NKH tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh năm 2023 có xu hướng giảm xuống so với nghiên cứu trước. Các ca NKH chủ yếu phân bố ở các khoa hệ Nội, ở nam giới, nhóm tuổi từ 60 trở lên và chủ yếu là vi khuẩn Gram âm. *E. coli* và *S. aureus* là căn nguyên hàng đầu gây NKH,

xếp sau là *K. pneumoniae*, *A. baumannii* và *P. aeruginosa*. Các vi khuẩn khác và vi nấm chiếm tỷ lệ nhỏ trong phân bố các tác nhân gây bệnh. Nghiên cứu chỉ ra tầm quan trọng của công tác kiểm soát nhiễm khuẩn nhằm giảm thiểu khả năng gây NKH.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Văn Hậu, Lê Văn Hưng, Vũ Huy Lượng và cộng sự**, Tình hình kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện E năm 2023. Tạp chí Nghiên cứu y học, 2024. 175(2): p. 118-128.
2. **Bộ Y tế**, Quyết định 26/QĐ-BYT về việc "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành vi sinh y học". 2014.
3. **Nguyễn Thị Hải, Vũ Huy Lượng, Lê Huy Hoàng và cộng sự**, Tình hình kháng kháng sinh của một số chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết phân lập được tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam, 2023. 526(1A): p. 138-142.
4. **World Health Organisation (WHO)**. Sepsis. 2023 [cited 2024 30th Mar]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis>.
5. **Li, K., L. Li, J. Wang**, Distribution and Antibiotic Resistance Analysis of Blood Culture Pathogens in a Tertiary Care Hospital in China in the Past Four Years. Infect Drug Resist, 2023. 16: p. 5463-5471.
6. **Van An, N., L.H. Hoang, H.H.L. Le, et al.**, Distribution and Antibiotic Resistance Characteristics of Bacteria Isolated from Blood Culture in a Teaching Hospital in Vietnam During 2014-2021. Infect Drug Resist, 2023. 16: p. 1677-1692.
7. **Diekema, D.J., P.R. Hsueh, R.E. Mendes, et al.**, The Microbiology of Bloodstream Infection: 20-Year Trends from the SENTRY Antimicrobial Surveillance Program. Antimicrob Agents Chemother, 2019. 63(7).

SỰ THAY ĐỔI BIÊN ĐỘ VẬN ĐỘNG LƯỠI SAU PHẪU THUẬT GIẢI PHÓNG PHANH LƯỠI Ở NGƯỜI BỆNH NẮN CHỈNH BỊ DÍNH LƯỠI

Võ Thị Thuý Hồng¹, Hoàng Thị Kim Duyên¹,
Nguyễn Anh Chi², Phan Thị Bích Hạnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi biên độ vận động lưỡi sau phẫu thuật giải phóng phanh lưỡi của người

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thuý Hồng

Email: vothuyhong71@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 14.4.2025

bệnh nắn chỉnh răng bị dính lưỡi. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh trước sau trên 36 bệnh nhân, đánh giá khoảng cách tối đa giữa răng cửa trên và dưới khi há miệng thoải mái (CMO), khoảng cách giữa răng cửa hai hàm tối đa khi kéo dài đầu lưỡi đến nhú răng cửa (TIP), khoảng cách tối đa giữa các răng cửa trong khi thân lưỡi được giữ áp vào vòm miệng (LPS), chiều dài bụng lưỡi tự do theo Kotlow, biên độ vận động lưỡi ra phía trước (TIP/CMO) và ra phía sau (LPS/TIP), mức độ dính lưỡi theo biên độ vận động lưỡi ra trước (TRMR-TIP) và sau (TRMR-LPS) trước và sau phẫu thuật 3 tháng. **Kết**

quả: CMO $48,42 \pm 6,281$ mm, sau phẫu thuật là $49,78 \pm 7,007$ mm, TIP trước phẫu thuật là $22,94 \pm 4,119$ mm, sau phẫu thuật là $30,28 \pm 5,348$ mm. LPS $19,06 \pm 4,635$ mm, sau phẫu thuật 3 tháng là $27,44 \pm 5,278$ mm. Chiều dài bụng lưỡi tự do trước phẫu thuật là $17,75 \pm 3,426$ mm, sau phẫu thuật 3 tháng là $26,86 \pm 5,161$ mm. TIP/CMO trước phẫu thuật là $47,76 \pm 8,38\%$, sau phẫu thuật là $61,36 \pm 10,176\%$. LPS/TIP trước phẫu thuật là $39,61 \pm 9,35\%$, sau phẫu thuật $55,60 \pm 10,176\%$. Trước phẫu thuật 100% có giảm TRMR-TIP (độ 2 là 44,4%, độ 3 là 55,6%), sau phẫu thuật tỷ lệ này là 97,2% (độ 1 là 2,8%, độ 2 là 88,9%, độ 3 là 8,3%). Tương tự, 100% người bệnh có giảm TRMR-LPS (độ 2 là 80,6%, độ 3 là 19,4%), sau phẫu thuật tỷ lệ này là 63,9% (độ 2). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. **Kết luận:** việc giải phóng phanh lưỡi giúp tăng mức độ, biên độ vận động lưỡi một cách hiệu quả. **Từ khóa:** dính lưỡi, vận động của lưỡi, giải phóng phanh lưỡi

SUMMARY

THE OUTCOME OF TONGUE-TIE RELEASE ON LINGUAL MOTION OF ORTHODONTIC PATIENTS WITH ANKYLOGLOSSIA

Objective: To evaluate the outcome of tongue-tie release on lingual motion of orthodontic patients with ankyloglossia. **Methods:** Clinical intervention study, pre-post study on 36 patients, to evaluate the maximum distance between the upper and lower incisors when Comfortable mouth opening (CMO), the distance tongue tip extended towards the incisive papilla (TIP), the maximum distance Lingual-palatal suction (LPS), the free length of the tongue belly according to Kotlow, the amplitude of tongue movement forward (TIP/CMO) and backward (LPS/TIP), the degree of tongue-tie according to Tongue range of motion ratio forward (TRMR-TIP) and backward (TRMR-LPS) before and after surgery for 3 months. **Results:** CMO 48.42 ± 6.281 mm, postoperative 49.78 ± 7.007 mm, TIP before surgery 22.94 ± 4.119 mm, postoperative 30.28 ± 5.348 mm. LPS 19.06 ± 4.635 mm, 3 months postoperative 27.44 ± 5.278 mm. Free tongue belly length before surgery 17.75 ± 3.426 mm, 3 months postoperative 26.86 ± 5.161 mm. TIP/CMO before surgery $47.76 \pm 8.38\%$, postoperative $61.36 \pm 10.176\%$. LPS/TIP before surgery was $39.61 \pm 9.35\%$, after surgery $55.60 \pm 10.176\%$. Before surgery, 100% had a reduction in TRMR-TIP (grade 2 was 44.4%, grade 3 was 55.6%), after surgery this rate was 97.2% (grade 1 was 2.8%, grade 2 was 88.9%, grade 3 was 8.3%). Similarly, 100% of patients had a reduction in TRMR-LPS (grade 2 was 80.6%, grade 3 was 19.4%), after surgery this rate was 63.9% (grade 2). The difference was statistically significant with $p < 0.01$. **Conclusion:** releasing the lingual frenulum effectively increases the level and amplitude of tongue movement.

Keywords: ankyloglossia, tongue range of motion, tongue-tie release

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dính lưỡi là hiện tượng lưỡi bị dính với sàn miệng do phanh lưỡi bất thường. Tỷ lệ dính lưỡi (Ankyloglossia) hay còn gọi là bó lưỡi (tongue

tie) từ 0,88% đến 12,8% trong dân số. Tỷ lệ này cao hơn ở trẻ sơ sinh (1,72% - 10,7%), ở người lớn là 0,1 - 2,08%[1]. Nhiều nghiên cứu cho thấy sự hạn chế vận động của lưỡi có liên quan chặt chẽ với hẹp hàm trên và sự kéo dài vòm miệng mềm, ảnh hưởng tới sự phát triển khuôn mặt [2],[3]

Các trường hợp dính lưỡi khiến lưỡi bị giảm sự vận động, các bác sỹ sẽ có chỉ định giải phóng phanh lưỡi nhằm mục đích giúp lưỡi vận động bình thường [4]. Câu hỏi đặt ra: Sau phẫu thuật giải phóng phanh lưỡi, chức năng vận động của lưỡi có trở về bình thường hay không. Vì thế chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm nhận xét thay đổi biên độ vận động lưỡi sau phẫu thuật giải phóng phanh lưỡi ở người bệnh đang điều trị nắn chỉnh răng có tình trạng dính lưỡi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân đang điều trị nắn chỉnh răng có tình trạng dính lưỡi ở Khoa Nắn Chỉnh Răng. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu bao gồm: 1) Tuổi > 4 ; 2) Biên độ vận động lưỡi (TRMR) từ mức độ 2 trở lên; 3) Đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: 1) Bệnh nhân đã từng phẫu thuật phanh lưỡi; 2) Bệnh nhân bị hạn chế há miệng và rối loạn chức năng thái dương hàm; 3) Đang có tình trạng viêm nhiễm tại chỗ trong khoang miệng hoặc bệnh lý toàn thân chưa được điều trị ổn định.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu, chọn mẫu: Chọn mẫu chủ đích là toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu. Tổng số lấy được 36 bệnh nhân.

Phương pháp can thiệp: phẫu thuật giải phóng phanh lưỡi bằng laser Diode kết hợp với giải phóng cơ dưới lưỡi bằng dao mổ để tạo hình kéo dài phần bụng lưỡi di động với các trường hợp có mức độ dính lưỡi mức độ 2 có tỉ lệ TRMR-TIP $< 70\%$ hoặc các trường hợp có mức độ dính dưới mức độ 2 nhưng không đạt hiệu quả sau khi hướng dẫn vận động lưỡi. Tùy vào hình thái phanh lưỡi và mức độ dính lưỡi, phẫu thuật viên có thể lựa chọn các kỹ thuật giải phóng phanh lưỡi: phẫu thuật cắt phanh lưỡi hoặc phẫu thuật tạo hình phanh lưỡi phức tạp hơn, được chỉ định cho các trường hợp dính lưỡi mức độ nặng, có phì đại phanh lưỡi. Phương pháp phẫu thuật: có thể sử dụng dao mổ thường, dao điện hoặc laser để

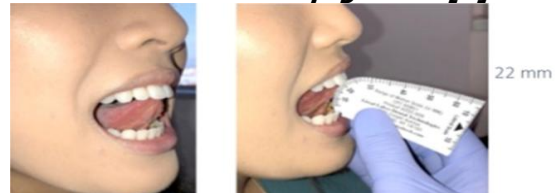
giải phóng phanh lưỡi dưới hỗ trợ của gậy tề. Sử dụng dao điện sẽ giảm nguy cơ chảy máu trong can thiệp nhưng sẽ tạo thành sẹo cứng sau phẫu thuật vốn có khả năng cản trở. Trong nghiên cứu này, can thiệp được thực hiện dưới gậy tề tại chỗ.

Thông tin thu thập: Thu thập trước và sau can thiệp 3 tháng

Về đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân dính lưỡi: Đo khoảng cách giữa răng cửa trên và dưới khi mở rộng miệng tối đa: CMO (comfortable mouth opening) (Hình 1); Đo khả năng vận động của lưỡi khi ở tư thế đưa ra trước TIP (tongue to incisive papilla): đo khoảng cách giữa răng cửa trên và dưới khi bệnh nhân há miệng và đặt lưỡi chạm vào nhú lợi mặt trong giữa hai răng cửa hàm trên (Hình 2); Đo khả năng vận động của lưỡi khi ở tư thế rút ra sau LPS (lingual-palatal suction): đo khoảng cách giữa hai răng cửa khi bệnh nhân há miệng và lưỡi cong nâng lên cao áp sát vào vòm miệng cứng (giống như khi bệnh nhân nâng lưỡi lên cao để tạo ra âm thanh tắc lưỡi) (Hình 3)

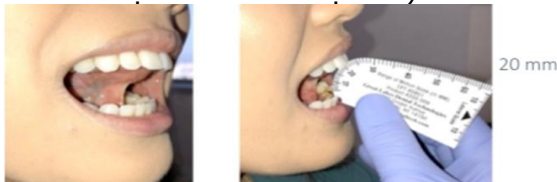


Hình 1. Đo khoảng cách giữa răng cửa trên và dưới khi há miệng tối đa [3]



Hình 2. Đo khả năng vận động của lưỡi khi ở tư thế đưa ra trước [3]

+ Đo khả năng vận động của lưỡi khi ở tư thế rút ra sau LPS (lingual-palatal suction): đo khoảng cách giữa hai răng cửa khi bệnh nhân há miệng và lưỡi cong nâng lên cao áp sát vào vòm miệng cứng (giống như khi bệnh nhân nâng lưỡi lên cao để tạo ra âm thanh tắc lưỡi).

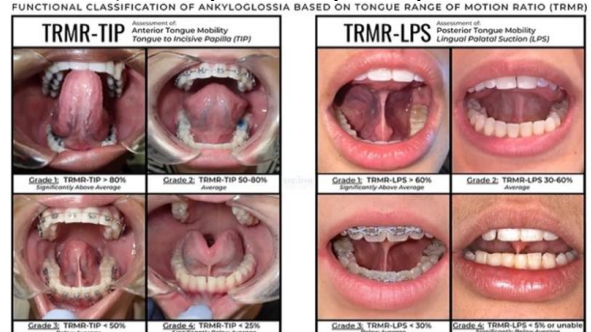


Hình 3. Đo khả năng vận động của lưỡi khi ở tư thế rút ra sau [3]

Mức độ vận động phía trước của lưỡi (TRMR-TIP) = TIP/CMO: Mức độ 2: 50-80%; Mức độ 3:

<50%; Mức độ 4: <25% (Hình 4)

Mức độ vận động phía sau của lưỡi (TRMR-LPS) = LPS/CMO: Mức độ 2: 30-60%; Mức độ 3: <30%; Mức độ 4: <5% (Hình 4)



Hình 4: Phân loại mức độ dính lưỡi dựa trên đánh giá biên độ vận động của lưỡi [5]

Thu thập và phân tích số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Thống kê mô tả (tần số, phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn) và thống kê suy luận được sử dụng để mô tả thông tin chung và các yếu tố liên quan.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Thực hiện từ 11/2022-11/2023 tại Khoa Nắn Chỉnh Răng, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đề tài cơ sở của Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội. Bệnh nhân và người giám hộ (bệnh nhân dưới 18 tuổi) được nhận giải thích tường tận về mục đích nghiên cứu, về lợi ích cũng như các bất lợi tiềm ẩn. Trong quá trình nghiên cứu, người bệnh có thể tự ý rút khỏi danh sách nghiên cứu bất cứ lúc nào mà không cần nêu lý do và không bị ảnh hưởng các quyền lợi chăm sóc y tế tại Bệnh viện về sau.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Các số đo liên quan đến vận động lưỡi và chiều dài bụng lưỡi tự do với n=60

Các chỉ số	Giá trị trung bình $\pm$ SD (mm)	Min	Max
CMO	49,13 $\pm$ 5,64	34,00	61,00
TIP	23,37 $\pm$ 3,75	15,00	30,00
LPS	20,22 $\pm$ 4,57	10,00	30,00
Chiều dài bụng lưỡi tự do theo Kotlow	18,05 $\pm$ 3,58	10,00	27,00

Bảng kết quả cho thấy khoảng cách tối đa giữa răng cửa trên và dưới khi há miệng thoải mái có giá trị trung bình là 49,13 $\pm$ 5,64 mm. Khoảng cách giữa răng cửa hai hàm tối đa khi kéo dài đầu lưỡi đến nhú răng cửa có giá trị trung bình là 23,37 $\pm$ 3,75 mm. Giá trị trung bình của khoảng cách tối đa giữa các răng cửa

trong khi thân lưỡi được giữ áp vào vòm miệng là $20,22 \pm 4,57$ mm. Chiều dài bụng lưỡi tự do trung bình là $18,05 \pm 3,58$ mm.

Bảng 2: Đánh giá biên độ vận động lưỡi phía trước và phía sau với $n=60$

Chỉ số	Giá trị trung bình (%)	Min	Max
TIP/CMO	$47,84 \pm 7,55$	32,00	60
LPS/CMO	$41,34 \pm 8,99$	21,00	58,00

Biên độ vận động lưỡi khi đưa lưỡi về trước có giá trị trung bình là $47,84 \pm 7,55\%$ và khi đưa lưỡi về phía vòm miệng là $41,49 \pm 8,77\%$

Bảng 3: Mức độ dính lưỡi theo biên độ vận động phía trước và phía sau của lưỡi với $n=60$

Chỉ số	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3	Mức độ 4	Tổng
TRMR-TIP	Số lượng 0	27	33	0	60
	Tỷ lệ (%) 0,0	45,0	55,0	0,0	100,0
TRMR-LPS	Số lượng 0	52	8	0	60
	Tỷ lệ (%) 0,0	86,7	13,3	0,0	100,0

Bảng kết quả cho thấy chỉ số TRMR-TIP có 55% người bệnh thuộc mức độ 3, 45% người bệnh thuộc mức độ 2. Chỉ số TRMR-LPS có 86,7% người bệnh thuộc mức độ 2 và 13,3% người bệnh thuộc mức độ 3. Không có người bệnh nào thuộc nhóm mức độ 4 của hai chỉ số trên.

Bảng 4. Các số đo vận động lưỡi và chiều dài lưỡi sau phẫu thuật 3 tháng

Chỉ số	Trước phẫu thuật (mm) $n=36$	Sau phẫu thuật 3 tháng (mm) $n=36$	P*
CMO	$48,42 \pm 6,281$	$49,78 \pm 7,007$	0,000
TIP	$22,94 \pm 4,119$	$30,28 \pm 5,348$	0,000
LPS	$19,06 \pm 4,635$	$27,44 \pm 5,278$	0,004
Chiều dài bụng lưỡi tự do theo Kotlow	$17,75 \pm 3,426$	$26,86 \pm 5,161$	0,000

*Test Wilcoxon, $p=0,000 < 0,01$

Khoảng cách tối đa giữa răng cửa trên và dưới khi há miệng thoải mái có giá trị trung bình trước phẫu thuật là $48,42 \pm 6,281$ mm, sau phẫu thuật 3 tháng là $49,78 \pm 7,007$ mm. Khoảng cách giữa răng cửa hai hàm tối đa khi kéo dài đầu lưỡi đến nhú răng cửa có giá trị trung bình trước phẫu thuật là $22,94 \pm 4,119$ mm, sau phẫu thuật 3 tháng là $30,28 \pm 5,348$ mm. Giá trị trung bình của khoảng cách tối đa giữa các răng cửa trong khi thân lưỡi được giữ áp vào vòm miệng trước phẫu thuật là $19,06 \pm 4,635$ mm, sau phẫu thuật 3 tháng là $27,44 \pm 5,278$ mm. Chiều dài bụng lưỡi tự do trung bình trước phẫu thuật là $17,75 \pm 3,426$ mm, sau phẫu thuật 3 tháng là

$26,86 \pm 5,161$ mm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$

Bảng 5. Đánh giá biên độ vận động phía trước và phía sau của lưỡi sau phẫu thuật

Chỉ số	Trước phẫu thuật (%) $n=36$	Sau phẫu thuật 3 tháng (%) $n=36$	P*
TIP/CMO	$47,76 \pm 8,384$	$61,36 \pm 10,176$	0,000
LPS/CMO	$39,61 \pm 9,352$	$55,60 \pm 10,176$	0,000

Test Wilcoxon, $p=0,000 < 0,01$

Biên độ vận động lưỡi khi đưa lưỡi về trước có giá trị trung bình trước phẫu thuật là $47,76 \pm 8,384\%$, sau phẫu thuật 3 tháng là $61,36 \pm 10,176\%$. Biên độ vận động lưỡi khi đưa lưỡi về phía vòm miệng có giá trị trung bình trước phẫu thuật là $39,61 \pm 9,352\%$, sau phẫu thuật 3 tháng $55,60 \pm 10,176\%$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$

Bảng 6. Đánh giá mức độ vận động ra phía trước và phía sau của lưỡi sau phẫu thuật

	Trước phẫu thuật (%) n=36	Sau phẫu thuật 3 tháng (%) n=36	P*
TRMR-TIP			
Độ 1	0	2,8	0,000
Độ 2	44,4	88,9	
Độ 3	55,6	8,3	
TRMR-LPS			
Độ 1	0	36,1	0,000
Độ 2	80,6	63,9	
Độ 3	19,4	0	

* Test Mc Nemar $p=0,000 < 0,01$

Bảng kết quả cho thấy trước phẫu thuật 100% có giảm vận động lưỡi ra trước (độ 2 là 44,4%, độ 3 là 55,6%), sau phẫu thuật 3 tháng tỷ lệ này là 97,2% (độ 1 là 2,8%, độ 2 là 88,9%, độ 3 là 8,3%), trong đó độ 3 có 47,3% chuyển thành độ 2 và 0% chuyển thành độ 1, độ 2 có 2,8% chuyển thành độ 1. Test Mc Nemar $p=0,000 < 0,01$, tỷ lệ người bệnh có giảm vận động lưỡi ra trước có giảm sau phẫu thuật 3 tháng với độ tin cậy 99%. Tương tự, 100% người bệnh có giảm vận động lưỡi ra sau (độ 2 là 80,6%, độ 3 là 19,4%), sau phẫu thuật 3 tháng tỷ lệ này là 63,9% (độ 2), trong đó độ 3 có 19,4% chuyển thành độ 2 và 0% chuyển thành độ 1, độ 2 có 36,1% chuyển thành độ 1. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu ở bảng 1, giá trị của khoảng cách giữa răng cửa hai hàm khi mở miệng tối đa (chỉ số CMO), khi người bệnh há miệng đặt lưỡi lên nhú lợi mặt trong răng cửa

giữa hàm trên (chỉ số TIP), khi há miệng đặt lưỡi áp sát vào vòm miệng cứng (chỉ số LPS) lần lượt tương ứng là $49,13 \pm 5,64$ mm, $23,37 \pm 3,75$ mm, $20,22 \pm 4,57$ mm. Chiều dài bụng lưỡi tự do theo Kotlow có giá trị $18,05 \pm 3,58$ mm. Theo đó, chỉ số TIP trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Andrey Yoon và cộng sự (TIP = $22,2 \pm 5,7$ mm). Đối với giá trị đo theo Kotlow, nghiên cứu của Yoon có kết quả thấp hơn là $12,0 \pm 3,8$ mm. Sự sai khác giữa hai bên có thể do các yếu tố về chủng tộc, độ tuổi của các đối tượng nghiên cứu. Giá trị trung bình khoảng cách há miệng tối đa trong nghiên cứu của Yoon là $52,4 \pm 5,4$ mm, cao hơn một chút so với trong nghiên cứu. Người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có cấu trúc giải phẫu bình thường theo chỉ số Kotlows nhưng vẫn có hạn chế về mặt chức năng của lưỡi khi sử dụng các chỉ số CMO, TIP, LPS để đánh giá. Điều này cho thấy chỉ số Kotlows không phù hợp để đánh giá mức độ dính lưỡi cho các người bệnh lớn tuổi tìm kiếm điều trị nắn chỉnh răng [2]. Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp mắc dính lưỡi độ 4, vì độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $17,17 \pm 5,961$ tuổi và trường hợp mắc dính lưỡi rất nặng sẽ được chẩn đoán sớm ở trẻ em và phẫu thuật chỉnh sửa sẽ được thực hiện vì những khó khăn khi ăn và nói do nó gây ra. Đánh giá biên độ vận động của lưỡi (TRMR) dựa trên nghiên cứu của Marchesan được xem như một công cụ hữu ích cho việc đánh giá vận động lưỡi cho trẻ em, thiếu niên và người lớn [6]. Tỷ lệ TRMR-TIP và TRMR-LPS tạo nên một định nghĩa về mặt chức năng cho tình trạng dính lưỡi. Hệ thống phân loại về biên độ vận động của lưỡi là một phương pháp được dùng để đánh giá độ hạn chế vận động lưỡi nguyên nhân từ phan lưỡi. Như vậy hệ thống phân loại này có thể giúp chuyên gia y tế xác định hướng điều trị tốt nhất và theo dõi quá trình điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo bảng 2 và 3, giá trị trung bình của biên độ vận động phía trước của lưỡi TRMR-TIP là $47,84 \pm 7,55\%$, trong đó có 27/60 người bệnh (45%) mức độ vận động phía trước thuộc mức độ 2 và 33/60 người bệnh (55%) thuộc mức độ 3. Kết quả của chúng tôi khác với nghiên cứu của Yoon (2017) có 74,8% đối tượng thuộc mức độ 2, 17,5% thuộc mức độ 3 [7]. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi có số lượng mẫu nhỏ hơn hoặc mô hình bệnh tật đến với khoa chúng tôi là các người bệnh bị tật dính lưỡi nặng hơn.

Trong số 60 người bệnh nắn chỉnh răng chúng tôi đã tiến hành điều trị và theo dõi trong vòng 3 tháng cho 36 người bệnh và kết quả cho

thấy có sự thay đổi về các số đo vận động lưỡi và chiều dài lưỡi sau phẫu thuật. Cụ thể sau 3 tháng phẫu thuật giải phóng phan lưỡi, chỉ số CMO, chỉ số TIP, chỉ số LPS, chiều dài bụng lưỡi tự do theo Kotlow tăng có ý nghĩa thống kê. Như vậy, mức độ há rộng miệng cũng như các chỉ số vận động của lưỡi đã được cải thiện và điều này là có lợi theo mục tiêu điều trị. Sau điều trị lưỡi đã nâng cao lên vòm miệng và lâu dài sẽ tạo được sự ổn định cho các răng hàm trên cùng như xương hàm trên, tránh tình trạng cung răng bị co hẹp lại do thiếu áp lực của lưỡi áp vào vòm miệng do lưỡi ngắn gây ra.

Về mức độ và biên độ vận động lưỡi phía trước và phía sau sau phẫu thuật theo TRMR, sau 3 tháng phẫu thuật giải phóng phan lưỡi, chỉ số TIP/CMO cho biết mức độ vận động lưỡi phía trước và chỉ số LPS/CMO cho biết vận động lưỡi phía sau sau phẫu thuật tăng có ý nghĩa thống kê. Bảng 5 và 6 cho biết độ vận động lưỡi ra phía trước (TIP/CMO) và ra phía sau (LPS/TIP) sau phẫu thuật tăng có ý nghĩa thống kê. Trước phẫu thuật, 100% bệnh nhân giảm biên độ vận động lưỡi ra phía trước (độ 2 và 3). Sau phẫu thuật 3 tháng có 2,8% người bệnh có biên độ vận động lưỡi bình thường (độ 1), độ 2 tăng từ 44,4% lên 88,8%, độ 3 giảm từ 55,6% xuống 8,3%. Bảng 7, trước phẫu thuật, 100% người bệnh giảm biên độ vận động lưỡi ra sau. Sau phẫu thuật, 36,1% có biên độ vận động lưỡi ra sau bình thường, độ 2 giảm từ 80,6% xuống 63,9%, độ 3 giảm từ 19,4% xuống 0%. Như vậy, sau phẫu thuật giải phóng phan lưỡi, vận động của lưỡi được cải thiện đáng kể.

Tuy nhiên sau phẫu thuật, mức độ vận động lưỡi ra phía trước và ra phía sau không đạt 100% trở về bình thường (mức độ 1). Mức độ dính lưỡi theo biên độ vận động lưỡi ra trước (TRMR-TIP) sau phẫu thuật độ 3 có 47,3% chuyển thành độ 2 và 0% chuyển thành độ 1, độ 2 có 2,8% chuyển thành độ 1. Kết quả cho thấy mức độ dính lưỡi theo biên độ vận động lưỡi ra sau (TRMR-LPS) sau phẫu thuật độ 3 có 19,4% chuyển thành độ 2 và 0% chuyển thành độ 1, độ 2 có 36,1% chuyển thành bình thường (độ 1). Do đó, không phải trường hợp nào cũng đưa được vận động lưỡi về bình thường (độ 1). Các trường hợp dính lưỡi nặng nên chuyển người bệnh đi phẫu thuật tạo hình lưỡi dưới gây mê với bác sĩ phẫu thuật chuyên sâu về hàm mặt.

V. KẾT LUẬN

Sau 3 tháng phẫu thuật giải phóng phan lưỡi, khoảng cách tối đa giữa răng cửa trên và dưới khi há miệng thoải mái (chỉ số CMO),

khoảng cách giữa răng cửa hai hàm tối đa khi kéo dài đầu lưỡi đến nhú răng cửa (chỉ số TIP), khoảng cách tối đa giữa các răng cửa trong khi thân lưỡi được giữ áp vào vòm miệng (chỉ số LPS), chiều dài bụng lưỡi tự do theo Kotlow tăng có ý nghĩa thống kê. Tương tự biên độ vận động lưỡi ra phía trước và ra phía sau (TIP/CMO và LPS/CMO), mức độ vận động lưỡi phía trước và phía sau (TRMR-TIP và TRMR-LPS) sau phẫu thuật tăng có ý nghĩa thống kê. Như vậy, việc giải phóng phanh lưỡi giúp tăng mức độ, biên độ vận động lưỡi một cách hiệu quả, và với người bệnh nắn chỉnh răng có tình trạng dính lưỡi cần chỉ định phẫu thuật giải phóng phanh lưỡi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Ngọc Lan, Võ Trương Như Ngọc, Lê Hưng và cộng sự** (2020). Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh dính lưỡi và chỉ định phẫu thuật tạo hình phanh lưỡi ở trẻ em tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Nhi Trung ương, Tạp chí NCYH, 56 (4), 557-562.
2. **Yoon A., Zaghi S., Weitzman R., et al.** (2017). Toward a functional definition of ankyloglossia: validating current grading scales for lingual frenulum length and tongue mobility in 1052 subjects. *Sleep Breath Schlaf Atm*, 21(3), 767-775.
3. **Zaghi S., Shamtoob S., Peterson C., et al.** (2021). Assessment of posterior tongue mobility using lingual-palatal suction: Progress towards a functional definition of ankyloglossia. *J Oral Rehabil*, 48(6), 692-700.
4. **Murias I., Grzech-Leśniak K., Murias A., et al.** (2022). Efficacy of Various Laser Wavelengths in the Surgical Treatment of Ankyloglossia: A Systematic Review. *Life Basel Switz*, 12(4), 558.
5. **Martinelli R.L. de C., Marchesan I.Q., and Berretin-Felix G.** (2012). Lingual frenulum protocol with scores for infants. *Int J Orofac Myol Off Publ Int Assoc Orofac Myol*, 38, 104-112.
6. **Marchesan I.Q.** (2005). Lingual frenulum: quantitative evaluation proposal. *Int J Orofac Myol Off Publ Int Assoc Orofac Myol*, 31, 39-48.
7. **Yoon A.J., Zaghi S., Ha S., et al.** (2017). Ankyloglossia as a risk factor for maxillary hypoplasia and soft palate elongation: A functional - morphological study. *Orthod Craniofac Res*, 20(4), 237-244.

ĐẶC ĐIỂM MỘT SỐ CHỈ SỐ HUYẾT HỌC VÀ THÀNH PHẦN HEMOGLOBIN CỦA THAI PHỤ VÀ CHỒNG LÀM XÉT NGHIỆM ĐỘT BIẾN GEN ALPHA THALASSEMIA TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Mai Trọng Hưng¹, Đinh Thúy Linh¹

TÓM TẮT

Alpha Thalassemia là bệnh di truyền lặn phổ biến tại Việt Nam. Người lành mang gen bệnh có thể sàng lọc bằng tổng phân tích tế bào máu ngoại vi và điện di huyết sắc tố. **Mục tiêu:** đánh giá hiệu quả của ngưỡng sàng lọc MCV<85fl và/hoặc MCH<28pg trong sàng lọc người mang gen bệnh alpha Thalassemia và nhận xét đặc điểm huyết học ở người mang đột biến gen alpha thalassemia. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang: 498 ca nguy cơ cao mang gen alpha thalassemia đã có kết quả sàng lọc nguy cơ cao mang gen alpha thalassemia dựa trên xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, điện di huyết sắc tố và ferritin được làm xét nghiệm xác định đột biến gen Thalassemia tại Bệnh viện phụ sản Hà Nội. **Kết quả:** Giá trị của tiền đoán dương với ngưỡng cut-off MCV<85fl và/hoặc MCH<28pg trong sàng lọc người mang gen bệnh alpha Thalassemia là 322/498 (64.7%). MCV và MCH giảm nhẹ, sát ngưỡng sàng lọc ở α^+ thalassemia,

trong khi ở người mang gen α^0 thalassemia MCV, MCH giảm mạnh (MCV 67.5 ± 2.83 fl; MCH 21.3 ± 0.99 pg). Kết luận: MCV, MCH có mối liên quan chặt chẽ với đột biến gen alpha, tuy nhiên người mang gen α^+ có thể có MCV, MCH bình thường, đặc biệt là dạng $-\alpha/\alpha$. **Từ khóa:** alpha Thalassemia, MCV, MCH, điện di huyết sắc tố, cut-off.

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF RED BLOOD CELL INDICES AND HEMOGLOBIN FRACTION OF PREGNANT WOMEN AND HUSBANDS CHECK FOR ALPHA THALASSEMIA MUTATION AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Alpha Thalassemia is a common genetic disease in Vietnam. Carriers can be screened by red blood cell indices and hemoglobin electrophoresis. **Objective:** to assess cut-off values of RBC indices (MCV<85fl and/or MCH<28pg) in alpha Thalassemia carriers and to evaluate the red blood cell indices characteristics in alpha thalassemia carriers. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study: 498 high-risk alpha thalassemia carriers were determined the Thalassemia gene mutation at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Results:** The positive predictive value (PPV) with cut-off values of RBC indices (MCV<85fl and/or MCH<28pg) in alpha Thalassemia carriers was

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thúy Linh

Email: drdinhlinhobgyn@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 14.4.2025