

- Nguyen hospital, Vietnam, Proceedings of the 1st International Nursing Conference, Thailand.
6. **Cuong Cao Do, Duangpaeng S and P H.** (2013). Factors related to Preoperative Anxiety among Patients undergoing Abdominal Surgery in Phu Tho Province General Hospital, Vietnam. Thai Pharm Health Science Journal, 8(4), 155-162.
 7. **Huỳnh Lê Phương, Phan Thị Diễm Kiều và Lê Thị Vẹn** (2013). Khảo sát mức độ lo âu trước phẫu thuật bệnh nhân khoa ngoại thần kinh. Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, 17, 84-89.
 8. **Nguyen Hoang Long** (2018). Factors related to postoperative symptoms among patients undergoing abdominal surgery. Journal of military pharmaco-medicine n03.
 9. **Thái Hoàng Đế và Dương Thị Mỹ Thanh** (2011). Đánh giá tâm lý người bệnh trước và sau phẫu thuật tại khoa ngoại bệnh viện đa khoa Huyện An Phú, Kỳ yếu Hội nghị Khoa học bệnh viện An Giang, 187-193.
 10. **Nguyễn Đỗ Thị Ngân Trang** (2014). Đánh giá tâm lý của người bệnh trước và sau phẫu thuật tại khoa Ngoại niệu bệnh viện đa khoa Thống Nhất Đồng Nai năm 2014

MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỘT SỐ YẾU TỐ KHỚP CẢN VỚI TÌNH TRẠNG ĐÍNH LƯỠI Ở NGƯỜI BỆNH NẮN CHỈNH RĂNG TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI

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

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa tình trạng dính lưỡi cụ thể biên độ vận động của lưỡi ra trước và sau với tình trạng khớp cắn (cắn chéo, cắn chìa, sai khớp cắn theo Angle và góc mặt phẳng hàm dưới). **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 60 bệnh nhân, đánh giá và phân loại mức độ vận động lưỡi phía trước và phía sau, đánh giá tình trạng cắn chéo, cắn chìa, sai khớp cắn theo Angle và góc mặt phẳng hàm dưới. Và tìm hiểu mối liên quan giữa các yếu tố trên. **Kết quả:** Mặc dù người bệnh có mức độ vận động lưỡi phía trước nặng hơn sẽ có nguy cơ cắn chéo cao hơn và tăng góc mặt phẳng hàm dưới (OR=1,82, OR=1,63) và người lại giảm nguy cơ cắn chìa, và sai khớp cắn loại III (OR=0,25, OR=87). Hay mức độ vận động lưỡi ra sau hạn chế hơn sẽ tăng nguy cơ cắn chéo (OR = 8,83) và ngược lại với nguy cơ cắn chìa, sai khớp cắn loại III, tăng góc mặt phẳng hàm dưới (OR= 0,51; OR= 0,9; OR=0,68). Tuy nhiên tất cả các mối liên quan trên đều chưa có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). **Kết luận:** Chưa tìm thấy mối liên quan giữa mức độ vận động lưỡi ở người bệnh có tình trạng dính lưỡi và tình trạng cắn chéo, cắn chìa, sai khớp cắn loại III và tăng góc mặt phẳng hàm dưới. Cần nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn để không bỏ sót các yếu tố nguy cơ, cũng như tăng số lượng đối tượng nghiên cứu của từng mức độ hạn chế vận động lưỡi, từ đó giúp đánh giá chính xác hơn mối liên quan với tình trạng sai khớp cắn. **Từ khóa:** dính lưỡi, khớp cắn, biên độ vận động của lưỡi

SUMMARY

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: 11.2.2025
Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025
Ngày duyệt bài: 23.4.2025

THE CORRELATION BETWEEN OCCLUSION AND ANKYGLOSSIA OF ORTHODONTIC PATIENTS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO-STOMATOLOGY, HANOI

Objective: Evaluate the relationship between occlusion and tongue range of motion of patients with ankyloglossia at the National hospital of Odonto-Stomatology, Hanoi. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 60 patients, evaluating and tongue range of motion, evaluating crossbite, overbite, and malocclusion according to Angle and mandibular plane angle. And studying the relationship between the above factors. **Results:** Although patients with more severe anterior tongue movement had a higher risk of crossbite and increased mandibular plane angle (OR=1.82, OR=1.63) and those with a lower risk of overbite and class III malocclusion (OR=0.25, OR=87). Or more limited posterior tongue movement increased the risk of crossbite (OR=8.83) and vice versa with the risk of overbite, class III malocclusion, increased mandibular plane angle (OR=0.51; OR=0.9; OR=0.68). However, all of the above associations were not statistically significant ($p>0.05$). **Conclusion:** No association was found between the tongue range of motion in patients with ankyloglossia and crossbite, overbite, class III malocclusion, and increased mandibular plane angle. Research on larger sample sizes is needed to avoid missing risk factors, as well as increase the number of subjects with each degree of tongue mobility restriction, thereby helping to more accurately assess the association with malocclusion. **Keywords:** ankyloglossia, occlusion, tongue range of motion

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đính lưỡi (Ankyloglossia hay Tongue-tie) là sự bám dính bất thường của phanh lưỡi, là một dị tật bẩm sinh đặc trưng bởi phanh lưỡi ngắn.¹ Tỷ lệ mắc bệnh dính lưỡi là 2% đến 20% trung bình 5%, trong đó tỷ lệ ở trẻ sơ sinh là 7% trong

ngiên cứu tổng hợp gần đây.² Dính lưỡi làm hạn chế vận động của lưỡi sẽ tạo nên ảnh hưởng đáng kể trên lâm sàng. Nó ảnh hưởng đến sự phát triển của hàm trên và hàm dưới, sự trưởng thành của mô nha chu và khớp cắn của răng. Do đó tình trạng dính phanh lưỡi là một trong những nguyên nhân của sai khớp cắn.^{3 4} Các bác sĩ Răng hàm mặt cần chẩn đoán, phát hiện sớm các biểu hiện của tình trạng đó để can thiệp và điều trị nắn chỉnh răng tốt hơn. Ngoài ra, các bệnh nhân có tình trạng dính lưỡi đang nắn chỉnh răng có tỷ lệ sai khớp cắn theo Angle như thế nào, có các đặc điểm khớp cắn bất thường ra sao vẫn còn là một vấn đề cần được xác định và bàn luận rõ hơn.

Hiện nay, các nghiên cứu về đến tình trạng dính lưỡi ở các bệnh nhân nắn chỉnh răng vẫn còn ít ở Việt Nam. Vì thế chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mong muốn làm rõ hơn mối liên quan giữa tình trạng dính lưỡi và khớp cắn.

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: 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 60 bệnh nhân.

Thông tin thu thập: 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)

- Sử dụng thước đo QTT đo biên độ vận động của lưỡi:

+ Đo khoảng cách giữa răng cửa trên và dưới khi mở rộng miệng tối đa: CMO (comfortable mouth opening).



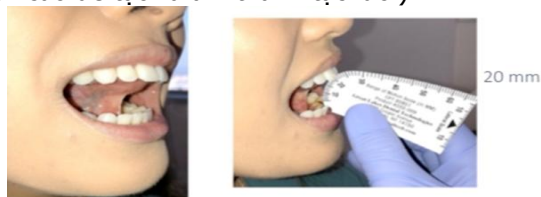
Hình 1. Đo khoảng cách giữa răng cửa trên và dưới khi há miệng tối đa⁵

+ 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 đưa ra trước⁵

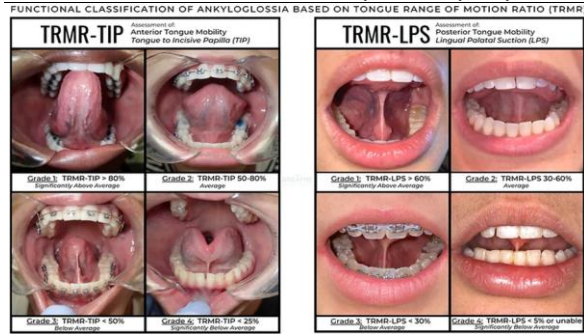
+ Đo khả năng vận động của lưỡi khi ở tư thế rút ra sau LPS (lingual-palatal suction): đo khoảng cách giữa hai răng cửa khi bệnh nhân há miệng và lưỡi cong nâng lên cao áp sát vào vòm miệng cứng (giống như khi bệnh nhân nâng lưỡi lên cao để tạo ra âm thanh tắc lưỡi).



Hình 3. Đo khả năng vận động của lưỡi khi ở tư thế rút ra sau⁵

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

Về các tình trạng khớp cắn, khám và ghi nhận tình trạng sai khớp cắn răng theo Angle, Đo độ cắn chia: độ cắn chia bình thường 1-3mm; Đo độ cắn trùm: độ cắn trùm bình thường > 0 mm và < 3mm; Xác định tình trạng cắn chéo: răng trước, răng sau; Phân loại sai khớp cắn theo phân tích phim Cephalometrics: Xương loại I, II, III theo chỉ số Steiner với các số đo góc SNA, SNB, ANB, chỉ số Wits. Đánh giá hướng phát triển của mặt theo chiều đứng dựa vào các

chỉ số GoGn-SN theo: Xương hàm dưới phát triển theo hướng mở: khi góc GoGN-SN > 37 độ; Xương hàm dưới phát triển theo hướng đóng: khi góc GoGN-SN < 28 độ.

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. Mối liên quan giữa cắn chéo và mức độ dính lưỡi theo biên độ vận động lưỡi ra phía trước và phía sau (n=60)

Đặc điểm	Căn chéo						OR (95%CI)
	Không		Có		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	
TRMR-TIP							
Mức độ 2	14	51,9	13	48,1	27	100	p=0,49 OR=1,82 95%CI=0,44-7,48
Mức độ 3	16	48,5	17	51,5	33	100	
Tổng	30	50	30	50	60	100	
TRMR-LPS							
Mức độ 2	29	55,8	23	44,2	52	100	p=0,052 OR=8,82 95%CI=1.01-76,9
Mức độ 3	1	12,5	7	87,5	8	100	
Tổng	30	50	30	50	60	100	

Về đặc điểm cắn chéo, nghiên cứu cho thấy nhóm có biên độ vận động lưỡi ra phía trước và sau mức độ 3 cao gấp 1,82 lần và 8,82 lần so với nhóm mức độ 2. Tuy nhiên, sự khác biệt chưa thực sự có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Mối liên quan giữa độ cắn chia và mức độ dính lưỡi theo biên độ vận động lưỡi ra phía trước và phía sau

Đặc điểm	Cắn chìa						OR (95%CI)
	Bình thường		Tăng		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	
TRMR-TIP							p=0,056 OR=0,26 95%CI=0,06-1,09)
Mức độ 2	3	27,5	17	72,5	20	100	
Mức độ 3	11	42,9	16	57,1	27	100	
Tổng	14	29,8	33	70,2	47	100	
TRMR-LPS							p=0,41 OR=0,51 95%CI=0,1-2,63)
Mức độ 2	11	27,5	29	72,5	40	100	
Mức độ 3	3	42,9	4	57,1	7	100	
Tổng	14	29,8	33	70,2	47	100	

Kết quả bảng 2 cho thấy người bệnh có biên độ vận động lưỡi mức độ lưỡi mức độ 2 có tỉ lệ cắn chìa cao hơn người bệnh có mức độ biên độ vận động lưỡi mức độ 3 tuy nhiên sự khác biệt này chưa

có ý nghĩa thống kê ($OR=0,26$, $OR=0,51$, $p>0,05$)

Bảng 3. Mối liên quan giữa sai khớp cắn theo Angle và mức độ dính lưỡi theo biên độ vận động lưỡi ra phía trước và phía sau

Đặc điểm	Sai khớp cắn theo Angle						OR (95%CI)
	Loại I		Loại III		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	
TRMR-TIP							p=0,822 OR=0,87 95%CI=0,25-3,05
Mức độ 2	9	52,9	8	47,1	17	100	
Mức độ 3	11	56,5	16	43,5	27	100	
Tổng	22	55,0	18	45,0	40	100	
TRMR-LPS							p=1,0 OR=0,9 95%CI=0,17-4,67
Mức độ 2	18	54,5	15	45,5	33	100	
Mức độ 3	4	57,1	3	42,9	7	100	
Tổng	22	55	18	45	40	100	

Về đặc điểm sai khớp cắn theo Angle, người bệnh có biên độ vận động lưỡi phía trước và phía sau mức độ 2 có nguy cơ sai khớp cắn loại III thấp hơn với $OR=0,87$ và $OR=0,9$ tương ứng khi so sánh với mức độ 3. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$

Bảng 4. Mối liên quan giữa góc mặt phẳng hàm dưới và mức độ dính lưỡi theo biên độ vận động lưỡi ra phía trước và phía sau của lưỡi

Đặc điểm	Góc mặt phẳng hàm dưới						OR (95%CI)
	Bình thường		Tăng		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	
TRMR-TIP							
Mức độ 2	13	76,5	4	23,5	17	100	p=0,729 OR=1,63 95%CI=0,4-6,63
Mức độ 3	16	66,7	8	33,3	24	100	
Tổng	29	70,7	12	29,3	41	100	
TRMR-LPS							
Mức độ 2	25	67,6	12	32,4	37	100	p=1,00 OR=0,9 95%CI=0,17-4,67
Mức độ 3	4	100	0	0	4	100	
Tổng	29	70,7	12	29,3	41	100	

Về đặc điểm góc mặt phẳng hàm dưới, người bệnh có biên độ vận động lưỡi phía trước mức độ 2 có nguy cơ tăng góc mặt phẳng hàm dưới 1,63 lần so với mức độ 3. Ngược lại người bệnh có biên độ vận động lưỡi phía sau mức độ 2 là có nguy cơ thấp hơn so với mức độ 3 với $OR=0,9$. Tuy nhiên chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm nghiên cứu ($p>0,05$)

IV. BÀN LUẬN

Kết quả của nghiên cứu này đã cung cấp các bằng chứng khoa học về mối liên quan giữa tình trạng dính lưỡi và khớp cắn. Cắn chéo là một dạng sai lệch xảy ra khi một số răng dưới nằm bên ngoài răng hàm trên khi hai hàm đóng lại. Yếu tố di truyền và phát triển là những nguyên nhân ảnh hưởng đến xương hàm và răng, dẫn đến cắn chéo. Đối với bệnh dính phanh lưỡi, do phanh lưỡi ngăn hoặc dày hạn chế vận động của lưỡi khiến cho tư thế nghỉ của lưỡi nằm thấp ở sàn miệng thay vì tư thế nghỉ bình thường ở vòm khẩu cái. Điều này tạo xu hướng phát triển ra trước của xương hàm dưới và khối cơ của thân lưỡi tiếp tục đưa ra trước giúp mở rộng đường

thở tối đa. Ngoài ra, hạn chế khả năng vận động của lưỡi có liên quan đến sự thu hẹp cung hàm trên và kéo dài vòm miệng mềm.⁷ Nếu không có sự can thiệp vào tình trạng này thì tư thế tiến ra trước của hàm dưới sẽ tiếp tục, dẫn tới phát triển tỷ lệ bất thường so với hàm trên và tạo thành tình trạng cắn chéo. Nhiều răng hàm trên bị cắn chéo sẽ cản trở sự phát triển bình thường ra phía trước của xương hàm trên, làm trầm trọng thêm vấn đề với sự cân bằng khuôn mặt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ phần trăm cắn chéo tăng lên khi TRMR-TIP từ mức độ 2 lên mức độ 3 (48,1% lên 51,5%), $OR=1,144$ (bảng 3.19). Tương tự như vậy đối với TRMR-LPS tỷ lệ tăng từ 44,2% lên 87,5%, $OR=8,826$ theo bảng 3.20. Tuy nhiên $p>0,05$ cho thấy chưa thể khẳng định rõ ràng mối liên quan giữa tỷ lệ cắn chéo và mức độ dính lưỡi theo biên độ vận động lưỡi

Cắn chìa được xác định với khoảng cách theo chiều ngang giữa răng cửa giữa hàm trên và dưới được đo song song với mặt phẳng nhai ở cắn khít trung tâm. Độ cắn chìa và dính phanh lưỡi là hai tình trạng khác nhau, tuy nhiên chúng có thể liên quan đến nhau trong một vài trường

hợp. Đối với một số cá nhân có tình trạng dính lưỡi nặng, sự hạn chế vận động của lưỡi có thể làm nhóm răng phía trước di chuyển về phía trước, tạo nên cắn chìa quá mức. Điều này do lưỡi không thể đặt ở vị trí nghỉ đúng ở trên vòm miệng. Khi nuốt thức ăn lưỡi cần nâng lên vòm miệng, tạo lực hút để nuốt thức ăn xuống. Vì sự vận động lên trên của lưỡi bị hạn chế, lưỡi phải đẩy về phía trước để tạo ra một nút chặn ở phía trước, thường gây ra tình trạng cắn hở phía trước.⁸ Như vậy trong trường hợp này, phát hiện và điều trị dính lưỡi với phẫu thuật cắt phanh có thể giúp cải thiện vị trí của răng và khớp cắn, loại bỏ nguyên nhân làm tăng độ cắn chìa của bộ răng. Kết quả nghiên cứu của người bệnh nắn chỉnh răng có hạn chế vận động lưỡi có độ cắn chìa tăng là 33/60 đối tượng chiếm tỷ lệ cao nhất (55%), tiếp theo đó là tỷ lệ nhóm có độ cắn chìa giảm (23,3%), độ cắn chìa bình thường là 21,7%. Tuy nhiên, $p > 0,05$, như vậy không có mối liên quan giữa mức độ dính lưỡi theo biên độ vận động lưỡi ra phía trước và phía sau với độ cắn chìa.

Sự liên quan giữa các loại sai khớp cắn theo Angle và mức độ vận động lưỡi của các người bệnh dính lưỡi vẫn chưa được nghiên cứu và bàn luận nhiều. Nghiên cứu của Mukai (1993) sử dụng thang đo Kotlow để đánh giá tình trạng dính lưỡi thì thấy sai khớp cắn loại III xuất hiện nhiều nhất.⁹ Nghiên cứu của Ruffoli và cộng sự (2005) chỉ ra rằng nhóm người bệnh sai khớp cắn loại III có tư thế lưỡi thấp.¹⁰ Như vậy cắn nhô ra trước có thể là kết quả của tư thế lưỡi thấp và dính lưỡi. Mặc dù vị trí lưỡi thấp là thường thấy ở người bệnh dính lưỡi, nhưng cũng chưa thể khẳng định rằng nó có xu hướng gây nên các thay đổi về nắn chỉnh răng ví dụ như nghiên cứu của Morisso và cộng sự (2012) chỉ tìm thấy 23,73% trong mẫu nghiên cứu có sai khớp cắn loại II và III, sai khớp cắn loại I xuất hiện nhiều nhất.¹¹ Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ sai khớp cắn loại I cao nhất (43,3%). Khi so sánh tỷ lệ sai khớp cắn loại III theo Angle ở mức độ 2 và 3 cho biết không có đủ bằng chứng để kết luận sai khớp cắn loại III có liên quan tới mức độ dính lưỡi theo biên độ vận động lưỡi ra phía trước và ra phía sau ($p > 0,05$).

Vị trí lưỡi thấp ở bệnh nhân dính lưỡi có thể ảnh hưởng tới sự xoay của xương hàm dưới.¹² Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, góc mặt phẳng hàm dưới khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở các người bệnh theo mức độ nặng của dính lưỡi.

V. KẾT LUẬN

Kết quả của nghiên cứu này đã cung cấp các bằng chứng khoa học về mối liên quan giữa tình trạng dính lưỡi cụ thể biên độ vận động của lưỡi với tình trạng khớp cắn (cắn chéo, cắn chìa, sai khớp cắn theo Angle và góc mặt phẳng hàm dưới). Mặc dù người bệnh có mức độ vận động lưỡi phía trước nặng hơn sẽ có nguy cơ cắn chéo cao hơn và tăng góc mặt phẳng hàm dưới ($OR=1,82$, $OR=1,63$) và ngược lại giảm nguy cơ cắn chìa, và sai khớp cắn loại III ($OR=0,25$, $OR=87$). Hay mức độ vận động lưỡi ra sau hạn chế hơn sẽ tăng nguy cơ cắn chéo ($OR = 8,83$) và ngược lại với nguy cơ cắn chìa, sai khớp cắn loại III, tăng góc mặt phẳng hàm dưới ($OR=0,51$; $OR=0,9$; $OR=0,68$). Tuy nhiên tất cả các mối liên quan trên đều chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn để không bỏ sót các yếu tố nguy cơ, cũng như tăng số lượng mẫu của từng mức độ hạn chế vận động lưỡi giúp đánh giá chính xác hơn mối liên hệ trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thomas J, Bunik M, Holmes A, et al. Identification and Management of Ankyloglossia and Its Effect on Breastfeeding in Infants: Clinical Report. *Pediatrics*. 2024;154(2):e2024067605. doi:10.1542/peds.2024-067605
2. Cruz PV, Souza-Oliveira AC, Notaro SQ, et al. Prevalence of ankyloglossia according to different assessment tools: A meta-analysis. *J Am Dent Assoc* 1939. 2022;153(11):1026-1040.e31. doi:10.1016/j.adaj.2022.07.011
3. Calvo-Henriquez C, Neves SM, Branco AM, et al. Relationship between short lingual frenulum and malocclusion. A multicentre study. *Acta Otorrinolaringol Esp*. Published online July 20, 2021:S0001-6519(21)00031-5. doi:10.1016/j.otorri.2021.01.002
4. Meenakshi S, Jagannathan N. Assessment of Lingual Frenulum Lengths in Skeletal Malocclusion. *J Clin Diagn Res JCDR*. 2014;8(3): 202-204. doi:10.7860/JCDR/2014/ 7079.4162
5. Zaghi S, Shamtoob S, Peterson C, et al. Assessment of posterior tongue mobility using lingual-palatal suction: Progress towards a functional definition of ankyloglossia. *J Oral Rehabil*. 2021;48(6):692-700. doi:10.1111/joor.13144
6. Martinelli RL de C, Marchesan IQ, Berretin-Felix G. Lingual frenulum protocol with scores for infants. *Int J Orofac Myol Off Publ Int Assoc Orofac Myol*. 2012;38:104-112.
7. Yoon AJ, Zaghi S, Ha S, Law CS, Guilleminault C, Liu SY. Ankyloglossia as a risk factor for maxillary hypoplasia and soft palate elongation: A functional - morphological study. *Orthod Craniofac Res*. 2017;20(4):237-244. doi:10.1111/ocr.12206
8. Northcutt ME. The lingual frenum. *J Clin Orthod* JCO. 2009;43(9):557-565.
9. Mukai S, Mukai C, Asaoka K. Congenital ankyloglossia with deviation of the epiglottis and larynx: symptoms and respiratory function in

adults. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1993;102(8 Pt 1):620-624. doi:10.1177/000348949310200810

10. Ruffoli R, Giambelluca MA, Scavuzzo MC, et al. Ankyloglossia: a morphofunctional

investigation in children. Oral Dis. 2005;11(3): 170-174. doi:10.1111/j.1601-0825.2005.01108.x

ỨNG DỤNG THANG ĐIỂM ULCERATIVE COLITIS ENDOSCOPIC INDEX OF SEVERITY (UCEIS) TRONG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ BỆNH VIÊM LOÉT ĐẠI TRÀNG

Thái Doãn Kỳ¹, Đinh Thị Ngà¹, Nguyễn Tiến Thắng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ nặng của bệnh nhân viêm loét đại tràng bằng thang điểm nội soi UCEIS. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 35 bệnh nhân VLĐT tại Bệnh viện TWQĐ 108, Bệnh viện Quân y 103 thời gian từ 5/2023 đến 5/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 48,6±12,0, nhóm tuổi 30-60 chiếm tỷ lệ cao nhất 80%, tỷ lệ nam/nữ là 1,5. Đánh giá dựa vào thang điểm UCEIS có mức độ nhẹ, vừa, nặng lần lượt là 8,6%; 37,1%; 54,3%. UCEIS có quan hệ tuyến tính thuận chặt chẽ với Mayo ES ($r=0,76$; $p=0,000$). UCEIS có tương quan thuận với Troulove-Witt ($r=0,47$; $p=0,005$) cao hơn sự tương quan giữa Mayo ES và Troulove-Witt ($r=0,35$; $p=0,04$). **Kết luận:** Thang điểm UCEIS là thang điểm rất có giá trị đánh giá mức độ nặng của bệnh viêm loét đại tràng trên nội soi, có tương quan chặt chẽ với thang điểm Mayo nội soi, thang điểm Troulove-Witt.

Từ khóa: Viêm loét đại trực tràng (VLĐT), Mayo Nội soi (Mayo ES), thang điểm đánh giá độ nặng trên nội soi ở viêm loét đại tràng (UCEIS).

SUMMARY

APPLICATION OF ULCERATIVE COLITIS ENDOSCOPIC INDEX OF SEVERITY (UCEIS) SCORE IN ASSESSING THE SEVERITY OF ULCERATIVE COLITIS

Objective: To evaluate the severity of ulcerative colitis (UC) patients using the Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (UCEIS). **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted among 35 UC patients at 108 Central Military Hospital and 103 Military Hospital from May 2023 to May 2024. **Results:** The mean age of the study group was 48.6 ± 12.0 years. The majority (80%) of patients were aged between 30 and 60 years. The male-to-female ratio was 1.5:1. Based on the UCEIS score, 8.6% of patients had mild disease, 37.1% had moderate

disease, and 54.3% had severe disease. UCEIS showed a positive correlation with C-reactive protein (CRP) levels ($r=0.44$, $p=0.008$) and a strong positive correlation with the Mayo endoscopic score ($r=0.76$, $p<0.001$). UCEIS demonstrated a stronger positive correlation with the Troulove-Witt score ($r=0.47$, $p=0.005$) compared to the correlation between the Mayo endoscopic score and the Troulove-Witt score ($r=0.35$, $p=0.04$). **Conclusion:** The UCEIS is a reliable endoscopic index for assessing the severity of ulcerative colitis and demonstrates strong correlations with both the Mayo endoscopic score and the Troulove-Witt score.

Keywords: Ulcerative Colitis, UCEIS, Mayo ES

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét đại tràng (VLĐT) là một trong hai thể bệnh chính của bệnh ruột viêm, bệnh có tính chất tự miễn, bệnh đặc trưng bởi tình trạng viêm mạn tính xen kẽ các đợt tái phát là các đợt thuyên giảm, tổn thương bắt đầu từ trực tràng và lan dần đến các đoạn trên của đại tràng [1]. Để đạt được các mục tiêu điều trị lâu dài và giảm chi phí điều trị, việc đánh giá mức độ hoạt động, giai đoạn bệnh một cách cá thể hoá vô cùng quan trọng. Hiện nay trong thực hành lâm sàng, có nhiều thang điểm được áp dụng với VLĐT dựa trên các đặc điểm về lâm sàng, xét nghiệm và nội soi như: thang điểm Baron, thang điểm Sutherland, thang điểm Troulove-Witt, thang điểm Mayo, thang điểm UCEIS...[2][3]. Trong đó, thang điểm UCEIS hiện là một trong những công cụ đáng tin cậy trong việc đánh giá mức độ hoạt động bệnh, đáp ứng điều trị và tiên lượng khả năng cắt bỏ đại tràng trên nhóm bệnh nhân viêm loét đại tràng mức độ nặng. Tại Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu đánh giá về thang điểm UCEIS trên nhóm bệnh phức tạp này. Chính vì vậy, chúng tôi đã nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá mức độ nặng của bệnh viêm loét đại trực tràng bằng thang điểm UCEIS.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 35 bệnh nhân chẩn đoán

¹Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108

²Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Thái Doãn Kỳ

Email: kythaitrung@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 22.4.2025