

- bệnh học của polyp trực tràng đại tràng sigma, Y học thực hành, số 5 (381), tr. 30-34.
5. **Silva S.M, Rosa V.F, Santos A.C.N. et al** (2014), Influence of patient age and colorectal polyp size on histopathology, Arq Bras Cir Dig, 27 (2), pp.109-113.
 6. **Tống Văn Lược** (2002), "Nghiên cứu kết quả cắt polyp đại trực tràng bằng thông lộng điện theo hình ảnh nội soi mềm và xét nghiệm mô bệnh học", Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
 7. **Lê Minh Tuấn** (2009), "Nhận xét hình ảnh nội soi, mô bệnh học của polyp đại trực tràng và kết quả cắt polyp bằng máy endoplasma", Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
 8. **Phạm Văn Nhiên, Phạm Thanh Hải** (2021), "Kết quả cắt polyp đại trực tràng tại Bệnh viện Hữu Nghị", Tạp chí Y học Việt Nam, tập 503.
 9. **Nguyễn Trường Sơn, Hoàng Mai Hương và CS** (2021), "Mối liên quan giữa tuổi, hình ảnh nội soi với kích thước polyp đại trực tràng" Tạp chí Y học Việt Nam, tập 507.
 10. **Lê Quang Thuận, Vũ Văn Khiên** (2009), "Đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học polyp đại trực tràng", Tạp chí Y học Việt Nam, tr.49-52

DIỄN BIẾN LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH TRƯỚC VÀ SAU GÂY MÊ TỈNH MẠCH ĐỂ NẠO HÚT THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2024

Trần Thị Mến¹, Lê Thị Ngọc Anh¹, Phạm Sỹ Thắng¹,
Bùi Lê Khánh Chi¹, Nguyễn Quang Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả diễn biến lâm sàng của người bệnh trước và sau gây mê tĩnh mạch để nạo hút thai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu theo dõi dọc trên 200 bệnh nhân gây mê tĩnh mạch để nạo hút thai tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 6/2024 đến 12/2024. **Kết quả:** Phần lớn bệnh nhân vận động tốt trước và sau thủ thuật, chỉ số huyết áp giảm ở thời điểm T0 – T4 sau đó tăng trở lại mức bình thường ở T10, mức độ đau và chảy máu đều ở mức thấp, buồn nôn/nôn là tình trạng phổ biến sau thủ thuật. **Kết luận:** Buồn nôn/nôn là triệu chứng phổ biến ở bệnh nhân nạo hút thai sau gây mê tĩnh mạch. Phần lớn bệnh nhân có thể ra viện và về nhà tự theo dõi ngay trong ngày.

Từ khóa: gây mê tĩnh mạch, nạo hút thai.

SUMMARY

CLINICAL PROGRESSION OF PATIENTS BEFORE AND AFTER INTRAVENOUS ANESTHESIA FOR ABORTION AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN 2024

Objective: To describe the clinical progression of patients before and after intravenous anesthesia for abortion. **Subjects and Methods:** A longitudinal follow-up study of 200 patients undergoing intravenous anesthesia for abortion at the Central Obstetrics Hospital from June 2024 to December 2024. **Results:** Most patients showed good mobility before and after the procedure. Blood pressure

decreased at time points T0–T4 but returned to normal levels by T10. Pain and bleeding levels were low, while nausea/vomiting was common post-procedure. **Conclusion:** Nausea/vomiting is the most common symptom in patients after abortion under intravenous anesthesia. Most patients can be discharged on the same day for home monitoring.

Keywords: Intravenous anesthesia, abortion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nạo hút thai là một thủ thuật y tế phổ biến trong lĩnh vực sản phụ khoa, nhằm giải quyết các trường hợp thai kỳ không mong muốn hoặc gặp phải các vấn đề y tế, giúp bảo vệ sức khỏe của phụ nữ. Thủ thuật này thường được thực hiện dưới gây mê để đảm bảo sự thoải mái và giảm đau cho bệnh nhân trong quá trình thực hiện. Một trong những phương pháp gây mê thường xuyên được áp dụng là gây mê tĩnh mạch, mang lại hiệu quả tốt và ít tác dụng phụ trong quá trình thực hiện thủ thuật [1].

Tuy nhiên, như bất kỳ thủ thuật y tế nào, nạo hút thai cũng tiềm ẩn những nguy cơ và biến chứng sau khi gây mê. Các biến chứng này có thể ảnh hưởng đến sức khỏe của bệnh nhân trong và sau khi gây mê, bao gồm những thay đổi về hệ tuần hoàn, hô hấp, tình trạng hồi phục sau mê và các yếu tố tâm lý liên quan đến bệnh nhân sau thủ thuật [1]. Đặc biệt, những biến chứng có thể khác biệt tùy theo tình trạng sức khỏe của bệnh nhân, độ tuổi, thời gian mang thai, phương pháp gây mê và các yếu tố khác liên quan [2].

Bệnh viện Phụ Sản Trung ương là bệnh viện đầu ngành trong lĩnh vực Sản Phụ khoa, bao gồm nạo hút thai, và đã có nhiều trường hợp sử

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Mến
Email: menpm1982@gmail.com
Ngày nhận bài: 20.3.2025
Ngày phản biện khoa học: 24.4.2025
Ngày duyệt bài: 29.5.2025

dụng gây mê tĩnh mạch cho thủ thuật này. Sau nạo hút thai, người bệnh có thể được cho ra viện ngay trong ngày nếu tình trạng lâm sàng cho phép hoặc cho nhập viện theo dõi thêm nếu chưa đủ điều kiện. Tuy nhiên, việc theo dõi diễn biến lâm sàng của bệnh nhân sau khi thực hiện nạo hút thai sau gây mê tĩnh mạch tại bệnh viện còn chưa được nghiên cứu đầy đủ. Do đó, việc nghiên cứu diễn biến lâm sàng của người bệnh nạo hút thai sau gây mê tĩnh mạch là cần thiết để đảm bảo an toàn cho người bệnh cũng như nâng cao chất lượng chăm sóc và quản lý bệnh nhân sau thủ thuật.

Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với 1 mục tiêu chính: *Mô tả diễn biến lâm sàng của người bệnh trước và sau gây mê tĩnh mạch để nạo hút thai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân nạo hút thai có gây mê tĩnh mạch tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân nạo hút thai có gây mê tĩnh mạch được theo dõi tại phòng hồi tỉnh

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu theo dõi dọc.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- Chọn toàn bộ bệnh nhân đến nạo hút thai có gây mê tĩnh mạch tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong khoảng thời gian từ tháng 6/2024 đến tháng 12/2024, thu nhận được 200 bệnh nhân.

Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

- Sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn để thu thập thông tin chung của bệnh nhân bao gồm: tuổi, chiều cao, cân nặng, tiền sử nạo hút thai, tiền sử ngoại khoa.

- Sử dụng thang điểm VAS từ 0 đến 10 điểm để đánh giá mức độ đau sau thủ thuật của bệnh nhân.

- Sử dụng hệ thống chấm điểm PADSS (Post Anaesthetic Discharge Scoring System - hệ thống điểm xuất viện sau gây mê) để theo dõi, đánh giá bệnh nhân sau gây mê theo các tiêu chí: Dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp), vận động, buồn nôn/nôn, đau và chảy máu [3].

Quy trình nghiên cứu

- Bệnh nhân sau khi thực hiện thủ thuật được đưa về phòng hồi tỉnh đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

- Nghiên cứu viên sẽ theo dõi đánh giá bệnh nhân bằng thang điểm PADSS vào 11 thời điểm [3].

- Bệnh nhân đủ điều kiện xuất viện nếu tổng điểm PADSS ≥ 9 qua 2 lần đánh giá liên tiếp và điểm vận động = 2 thì cho ra viện.

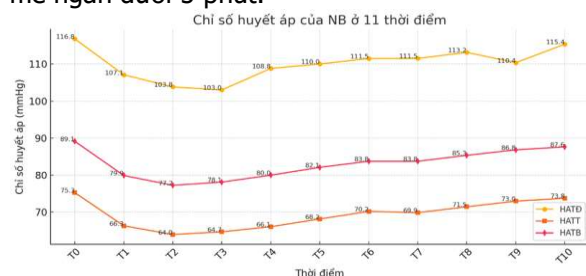
Đạo đức trong nghiên cứu. Đề tài nghiên cứu được Hội đồng Y đức của Bệnh viện Phụ Sản Trung ương thông qua và cho phép tiến hành tại Bệnh viện. Các thông tin của người bệnh được mã hóa, giữ bí mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nạo hút thai

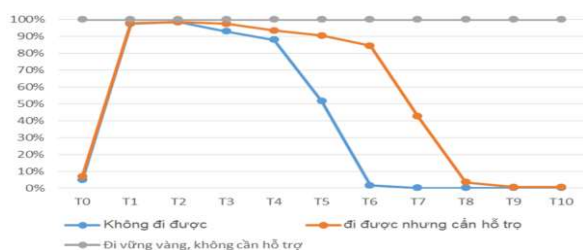
Thông tin chung (n=200)			
Phân loại tuổi	Dưới 25 tuổi	41	20,5
	Từ 25 đến 29 tuổi	44	22,0
	30 đến 34	64	32,0
	35 đến 39	35	17,5
	Trên 40 tuổi	16	8,0
	Trung bình	30,5 $\pm$ 6,02	Min 18 - Max 45
Phân loại BMI	Thiếu cân	24	12,0
	Bình thường	124	62,0
	Thừa cân	37	18,5
	Béo phì	15	7,5
Thời gian gây mê	Dưới 5 phút	200	100
Dân tộc	Kinh	194	97,0
	Khác	6	3,0
Nơi sống	Thành thị	148	74,0
	Nông thôn	52	26,0
Tiền sử nạo hút thai	Có	91	45,5
	Không	109	54,5
Tiền sử ngoại khoa	Có	83	41,5
	Không	117	58,5

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 30,5 $\pm$ 6,02, với độ tuổi nhỏ nhất là 18 và lớn nhất là 45. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 30 đến 34 tuổi (32,0%). Tất cả bệnh nhân đều được gây mê ngắn dưới 5 phút.



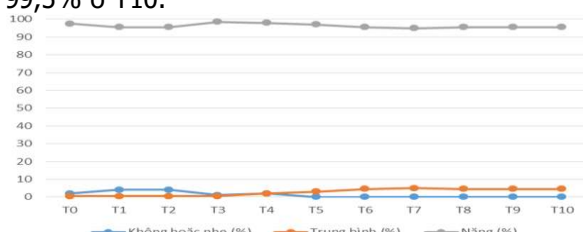
Biểu đồ 1. Chỉ số huyết áp theo 11 thời điểm

Nhìn chung, huyết áp tối đa, tối thiểu và huyết áp trung bình của bệnh nhân đều có xu hướng giảm từ thời điểm T0 đến T3 sau đó tăng trở lại về bình thường tại thời điểm T10.



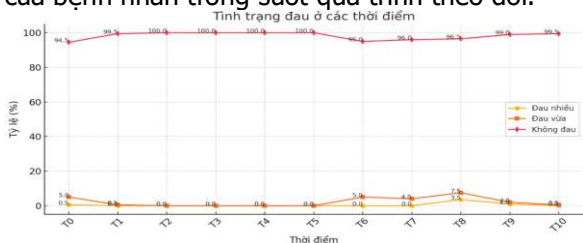
Biểu đồ 2. Biểu đồ tình trạng vận động của NB ở 11 thời điểm

Ở thời điểm ban đầu (T0), phần lớn bệnh nhân (93%) có thể đi vững vàng mà không cần hỗ trợ, chỉ có 5% không đi được và 2% cần hỗ trợ. Từ thời điểm T1 đến T4, tỷ lệ bệnh nhân đi vững vàng có xu hướng giảm dần, trong khi số người cần hỗ trợ hoặc không đi được tăng lên. Sau thời điểm T7, tình trạng dần cải thiện với tỷ lệ bệnh nhân đi vững vàng tăng trở lại, đạt 99,5% ở T10.



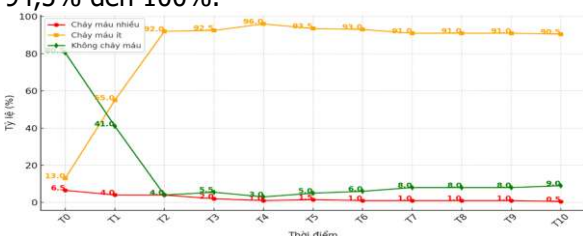
Biểu đồ 3. Biểu đồ tình trạng buồn nôn/nôn của bệnh nhân theo thời điểm

Ở tất cả các thời điểm, tình trạng buồn nôn/nôn ở mức độ nặng luôn rất cao, dao động từ 95% đến 98,5%. Đây là triệu chứng phổ biến của bệnh nhân trong suốt quá trình theo dõi.



Biểu đồ 4. Tình trạng đau của bệnh nhân tại các thời điểm

Tỷ lệ bệnh nhân không đau chiếm ưu thế trong suốt các thời điểm, luôn dao động từ 94,5% đến 100%.



Biểu đồ 5. Biểu đồ mô tả tình trạng chảy máu ở bệnh nhân qua các thời điểm

Tình trạng chảy máu có xuất hiện ở bệnh nhân, tuy nhiên tình trạng chảy máu nhiều có tỷ lệ thấp ngay từ T0 (~6.5%) và giảm dần xuống gần 0% từ T4 trở đi.

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn ra viện tại các thời điểm

Thời điểm	n	%
T2	1	0,5
T3	0	0
T4	3	1,5
T5	10	5,0
T6	15	7,5
T7	24	12,0
T8	84	42,0
T9	136	68,0
T10	149	74,5

Thời điểm T10 có nhiều bệnh nhân đủ tiêu chuẩn ra viện nhất, chiếm 74,5%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thu nhận được 200 bệnh nhân trong khoảng thời gian từ tháng 6/2024 đến tháng 12/2024. Bệnh nhân có độ tuổi trung bình $30,5 \pm 6,02$, với độ tuổi nhỏ nhất là 18 và lớn nhất là 45. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 30 đến 34 tuổi (32,0%). Các bệnh nhân có chỉ số BMI bình thường chiếm đa số (62%) và tất cả bệnh nhân đều được gây mê ngắn dưới 5 phút. Việc gây mê ngắn cũng sẽ giúp bệnh nhân phục hồi tình nhanh hơn và ra viện sớm hơn.

Để theo dõi, đánh giá bệnh nhân sau gây mê, chúng tôi sử dụng hệ thống chấm điểm PADSS bao gồm các tiêu chí: Dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp), vận động, buồn nôn/nôn, đau và chảy máu. Bệnh nhân sẽ đủ điều kiện xuất viện nếu tổng điểm PADSS ≥ 9 qua 2 lần đánh giá liên tiếp và điểm vận động = 2.

Về chỉ số huyết áp của bệnh nhân, ban đầu, tại thời điểm T0, bệnh nhân có huyết áp tối đa, tối thiểu và trung bình lần lượt là 116,8; 75,3 và 89,1 mmHg. Các giá trị này vẫn nằm trong ngưỡng huyết áp bình thường. Sau đó, các chỉ số có xu hướng giảm dần từ thời điểm T0 xuống thấp nhất tại thời điểm T3. Tại thời điểm T3, các chỉ số huyết áp tối đa, tối thiểu và trung bình lần lượt là 103,0; 65,7 và 78,1 mmHg. Các chỉ số này tuy giảm nhưng cũng nằm trong giá trị bình thường. Sau đó, các chỉ số huyết áp tăng dần trở lại gần với thời điểm T0. Xu hướng này là do tại thời điểm T4 đến T10, thuốc mê bắt đầu chuyển hóa dần nên huyết áp ngày càng ổn định.

Về tình trạng vận động của bệnh nhân, ở thời điểm ban đầu (T0), phần lớn bệnh nhân (93%) có thể đi vững vàng mà không cần hỗ trợ,

chỉ có 5% không đi được và 2% cần hỗ trợ. Từ thời điểm T1 đến T4, tỷ lệ bệnh nhân đi vững vàng có xu hướng giảm dần, trong khi số người cần hỗ trợ hoặc không đi được tăng lên. Đặc biệt từ thời điểm T5 đến T7, có sự thay đổi đáng kể: số người không đi được và cần hỗ trợ tăng mạnh, đặc biệt tại thời điểm T6, khi 57,5% bệnh nhân cần hỗ trợ và 42,5% không thể đi được. Sau thời điểm T7, tình trạng dần cải thiện với tỷ lệ bệnh nhân đi vững vàng tăng trở lại, đạt 99,5% ở T10. Xu hướng này cũng phù hợp với tình trạng huyết áp thay đổi đã nói ở trên. Tại thời điểm T7 trở đi, chúng tôi bắt đầu đánh giá tình trạng ra viện của bệnh nhân nếu bệnh nhân đủ điều kiện theo tiêu chuẩn PADSS.

Về tình trạng buồn nôn/nôn của bệnh nhân, Tỷ lệ bệnh nhân bị nôn nặng chiếm đa số. Ở tất cả các thời điểm, tỷ lệ bệnh nhân bị nôn nặng luôn rất cao, dao động từ 95% đến 98,5%. Điều này cho thấy buồn nôn/nôn nặng là triệu chứng phổ biến và kéo dài ở bệnh nhân trong nghiên cứu. Nhóm bệnh nhân không hoặc chỉ bị nôn nhẹ giảm mạnh từ T1 và biến mất từ T5 trở đi. Ở T0-T2, có một số bệnh nhân không hoặc chỉ bị nôn nhẹ (2-4%). Tuy nhiên, từ T5 trở đi, nhóm này không còn xuất hiện, cho thấy hầu hết bệnh nhân đều có triệu chứng nôn từ mức trung bình trở lên. Nôn nặng là tình trạng phổ biến, ảnh hưởng đến hầu hết bệnh nhân. Tình trạng nôn trung bình có xu hướng tăng dần theo thời gian, trong khi nhóm không/nôn nhẹ biến mất. Tình trạng buồn nôn/nôn là tình trạng phổ biến ở các bệnh nhân sau nạo, hút thai do tác dụng phụ của thuốc mê, tuy nhiên tình trạng này không kéo dài.

Về tình trạng đau của bệnh nhân, tỷ lệ bệnh nhân không đau chiếm ưu thế trong suốt các thời điểm, luôn dao động từ 94,5% đến 100%. Điều này cho thấy phần lớn bệnh nhân không có triệu chứng đau đáng kể. Xuất hiện rất ít, chỉ có ở thời điểm T0 (0,5%) và T8 (3,5%), sau đó giảm xuống và không còn xuất hiện ở các thời điểm khác. Điều này có thể cho thấy hiệu quả của quá trình điều trị hoặc thích nghi của bệnh nhân theo thời gian. Phần lớn bệnh nhân không có triệu chứng đau hoặc chỉ xuất hiện thoáng qua. Tình trạng đau có xu hướng giảm theo thời gian, do bệnh nhân cũng đã được gây mê trước đó và uống giảm đau và đây cũng không phải là thủ thuật phức tạp, phần lớn bệnh nhân có thể ra viện trong ngày và tự về nhà theo dõi [4].

Về tình trạng chảy máu của bệnh nhân, bệnh nhân chảy máu nhiều có tỷ lệ thấp ngay từ T0 (~6,5%) và giảm dần xuống gần 0% từ T4 trở đi. Tình trạng chảy máu ít tăng mạnh từ T0 (13%) lên đến khoảng 92-96% từ T2 đến T6,

sau đó có xu hướng giảm nhẹ nhưng vẫn duy trì ở mức cao (~90,5% tại T10). Tỷ lệ không chảy máu giảm đáng kể từ 80,5% tại T0 xuống còn 4% tại T2, sau đó dao động ở mức rất thấp (~5-10%) trong các thời điểm còn lại. Từ T3 trở đi: Tình trạng ổn định hơn, chảy máu nhiều gần như biến mất, chủ yếu bệnh nhân rơi vào nhóm chảy máu ít hoặc không chảy máu. Ban đầu, tỷ lệ bệnh nhân không chảy máu cao nhưng giảm mạnh, cho thấy nguy cơ chảy máu sau điều trị tăng lên trong những thời điểm đầu. Tuy nhiên, tình trạng chảy máu nghiêm trọng (nhiều) lại không phổ biến và nhanh chóng giảm, cho thấy quá trình phục hồi khả quan. Hầu hết bệnh nhân sau một giai đoạn nhất định chỉ còn chảy máu nhẹ hoặc không chảy máu, cho thấy sự cải thiện tốt trong quá trình điều trị. Giai đoạn T0 - T2 là thời điểm nguy cơ cao khi tỷ lệ chảy máu thay đổi mạnh. Từ T3 trở đi, tình trạng chảy máu được kiểm soát tốt, chủ yếu còn chảy máu ít hoặc không chảy máu. Tình trạng chảy máu âm đạo là một trong những triệu chứng phổ biến, bệnh nhân có thể ra máu ít trong vòng 1 - 2 tuần khi về nhà tuy nhiên tình trạng không diễn ra nhiều do cơ chế đông máu.

Theo tiêu chuẩn ra viện của PADSS, phần lớn các bệnh nhân có thể ra viện từ thời điểm T9 trở đi (68 - 74,5%). Thủ thuật nạo hút thai cũng không phức tạp nên phần lớn các bệnh nhân có thể ra viện ngay trong ngày nếu không có các biến chứng nặng như ra máu âm đạo nhiều. Việc gây mê tĩnh mạch trong nạo hút thai cũng được chứng minh là an toàn, hiệu quả ít tác dụng phụ và được áp dụng ở nhiều quốc gia [5]. Chủ yếu bệnh nhân cần được theo dõi sát sao để đánh giá quá trình hồi tỉnh cũng như khi đủ điều kiện ra viện.

V. KẾT LUẬN

Buồn nôn/nôn là triệu chứng phổ biến ở bệnh nhân nạo hút thai sau gây mê tĩnh mạch. Phần lớn bệnh nhân có thể ra viện và về nhà tự theo dõi ngay trong ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trường Đại học Y Hà Nội Bộ môn gây mê hồi sức** (2014), "Thuốc mê đường tĩnh mạch" Gây mê hồi sức, nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr31-41.
2. **Gokhale P, Lappen JR, Waters JH, Perriera LK.** Intravenous Sedation Without Intubation and the Risk of Anesthesia Complications for Obese and Non-Obese Women Undergoing Surgical Abortion: A Retrospective Cohort Study. *Anesth Analg.* 2016 Jun;122(6):1957-62. doi: 10.1213/ANE.0000000000001335. PMID: 27177015.
3. **Palumbo P, Tellan G, Perotti B, Pacilè MA, Vietri F, Illuminati G.** Modified PADSS (Post Anaesthetic Discharge Scoring System) for

monitoring outpatients discharge. Ann Ital Chir. 2013 Nov-Dec;84(6):661-5. PMID: 23165318.

4. **Allen RH, Fitzmaurice G, Lifford KL, Lasic M, Goldberg AB.** Oral compared with intravenous sedation for first-trimester surgical abortion: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2009 Feb;113(2 Pt 1):276-83. doi: 10.1097/AOG.

0b013e3181938758. PMID: 19155895.

5. **National Guideline Alliance (UK).** Anaesthesia or sedation for surgical abortion: Abortion care: Evidence review N. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2019 Sep. (NICE Guideline, No. 140.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK561096/>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X-QUANG SAI KHỚP CẢN LOẠI I ANGLE ĐIỀU TRỊ VỚI SỰ HỖ TRỢ KÉO LUI CỦA MINIVIS

Huỳnh Thị Ngọc Thoại¹, Lê Nguyên Lâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, X quang sai khớp cắn loại I Angle ở bệnh nhân có nhổ răng kết hợp điều trị kéo lui với minivis tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2023 – 2025. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 32 bệnh nhân từ 18 đến 35 tuổi, được chẩn đoán sai lệch khớp cắn loại I Angle, thỏa tiêu chí chọn mẫu, đến khám và điều trị chỉnh hình răng mặt tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2023–2025. **Kết quả:** 96,88% bệnh nhân có kiểu mặt lõm, 81,25% bệnh nhân có khuôn mặt cân xứng. Giá trị trung bình của chỉ số PAR và PAR(W) lần lượt là 8,41 và 17,31 điểm. Phim đo sọ nghiêng: ANB $5,21 \pm 2,46(^{\circ})$ với hàm trên nhô ra trước SNA $85,16 \pm 3,51(^{\circ})$, SN-GoGn: $32,13 \pm 5,6(^{\circ})$, U1-NA: $28,17 \pm 8,08(^{\circ})$, L1-NB: $33,30 \pm 5,41(^{\circ})$ và $5,38 \pm 2,66$ mm, góc răng cửa nhọn $113,31 \pm 6,18(^{\circ})$, góc mũi môi nhọn: $83,44 \pm 11,78(^{\circ})$. **Kết luận:** Về các đặc điểm lâm sàng ngoài mặt, hầu hết bệnh nhân có khuôn mặt cân xứng với tỷ lệ 81,25%. Nhìn nghiêng, kiểu mặt lõm chiếm tỷ lệ cao nhất với 96,88%. Qua phim Cephalometric, ghi nhận tương quan giữa xương hàm trên và hàm dưới khuynh hướng hạng II, góc ANB = $5,15 \pm 2,02 (^{\circ})$ tương đối cao, xương hàm dưới phát triển theo hướng đứng. Răng cửa trên và dưới nghiêng và nhô ra trước. Góc mũi môi nhọn. **Từ khóa:** Phim sọ nghiêng, có nhổ răng, sai khớp cắn loại I Angle.

SUMMARY

CLINICAL AND CEPHALOMETRIC CHARACTERISTICS OF ANGLE CLASS I MALOCCLUSION TREATED WITH TOOTH EXTRACTION AND MINISCREW-ASSISTED RETRACTION

Objective: To describe the clinical features and radiographic characteristics of Angle Class I malocclusion in patients undergoing tooth extraction combined with anterior retraction using miniscrews at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Lâm

Email: lenguyenlam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2025

Ngày duyệt bài: 27.5.2025

from 2023 to 2025. **Methods:** A descriptive cross-sectional study on 32 patients aged 18 to 35 years, diagnosed with Angle Class I malocclusion, meeting the inclusion criteria, who came for orthodontic examination and treatment at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from 2023 to 2025. **Results:** 96.88% of patients had a convex facial profile. 81.25% exhibited facial symmetry. The mean PAR and weighted PAR (PAR-W) scores were 8.41 and 17.31, respectively. Cephalometric findings: ANB: $5.21 \pm 2.46^{\circ}$, (suggesting skeletal Class II tendency), SNA: $85.16 \pm 3.51^{\circ}$ SN-GoGn: $32.13 \pm 5.60^{\circ}$ (indicating backward mandibular growth), U1-NA: $28.17 \pm 8.08^{\circ}$ L1-NB: $33.30 \pm 5.41^{\circ}$, 5.38 ± 2.66 mm Interincisal angle: $113.31 \pm 6.18^{\circ}$, Nasolabial angle: $83.44 \pm 11.78^{\circ}$. **Conclusion:** The majority of patients presented with symmetrical faces and convex profiles. Cephalometric analysis revealed a skeletal Class II pattern with a high ANB angle and retrusive mandible. Both upper and lower incisors were proclined and protruded. The acute nasolabial angle further indicated upper lip protrusion, supporting the need for retraction using miniscrew anchorage in treatment planning. **Keywords:** Lateral Cephalometric, Extraction, Angle's class I malocclusion

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sai khớp cắn được định nghĩa là sự bất thường liên quan đến sự sắp xếp các răng trên một cung hàm hoặc giữa hai hàm. Sai khớp cắn ảnh hưởng đến thẩm mỹ và sự thiếu tự tin về tâm lý xã hội gây tác động tiêu cực đến cuộc sống hàng ngày [10]. Sai khớp cắn rất phổ biến, đứng hàng thứ ba về bệnh răng miệng theo Tổ chức Y tế Thế giới. Tại Việt Nam, nghiên cứu trên sinh viên thành phố Cần Thơ của tác giả Nguyễn Mỹ Huyền (2018) ghi nhận sai khớp cắn loại I Angle chiếm tỉ lệ là 49,8% [4]. Nghiên cứu của Đồng Khắc Thắm (2001), tỉ lệ sai khớp cắn ở người trưởng thành tại thành phố Hồ Chí Minh là 83,2%, trong đó sai khớp cắn loại I Angle chiếm tỉ lệ cao nhất 71,3% [6]. Để chẩn đoán chính xác các trường hợp sai khớp cắn loại I theo Angle có nhổ răng cối nhỏ không phải lúc nào cũng dễ dàng, đặc biệt là các trường hợp ở ranh giới giữa nhổ răng và không nhổ răng. Vì vậy,