

4.4. Về liên quan giữa triệu chứng, dấu hiệu lâm sàng và kết quả điều trị thuốc tiêu sợi huyết. Trong tổng số 52 BN TTP được điều trị bằng alteplase, 37 BN tiến triển tốt và xuất viện, 15 BN tiến triển nặng (14 BN diễn biến nặng lên, gia đình xin về, 1 BN tử vong) chiếm 28,5%. Bệnh nhân ở nhóm tiến triển nặng có mức độ suy hô hấp cũng như phải thở máy xâm nhập, TP giãn, tỷ lệ TP/TT > 1 trên siêu âm chiếm tỷ lệ cao hơn và BN nguy cơ cao nhiều hơn có ý nghĩa so với nhóm tiến triển tốt ($p = 0,003$).

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết Mai cho biết tỷ lệ BN tử vong có điều trị tiêu sợi huyết khoảng 40%. Một số nghiên cứu cho biết trong 21.390 BN TTP điều trị thuốc tiêu sợi huyết có tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân là 8,4%. Năm 2018 trong 1428 BN tỷ lệ tử vong sau 30 ngày, nữ 5% và nam là 2,8%. Một nghiên cứu theo dõi 368 BN TTP cho biết tỷ lệ tử vong trong viện 8,4% [5].

Hầu hết các tác giả đều thống nhất tỷ lệ tử vong sớm trong bệnh viện của BN TTP nguy cơ cao dao động từ 25% đến 65%, TTP nguy cơ trung bình – cao từ 5%-15%, TTP nguy cơ thấp thường dưới 1% [1; 2]. Bệnh nhân của chúng tôi có nguy cơ cao chiếm tỷ lệ lớn khiến nhiều BN tiến triển nặng, mặc dù đã được điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết và thuốc chống đông tích cực theo các khuyến cáo hiện hành.

V. KẾT LUẬN

1. Tuổi trung bình của BN từ 60 trở lên, nữ nhiều hơn nam. Các triệu chứng và dấu hiệu thường gặp là khó thở, đau ngực, tần số tim nhanh. 53,8% BN là thuyên tắc phổi nguy cơ cao, còn lại là nguy cơ trung bình cao. 100% BN

đều phải hỗ trợ hô hấp thở oxy và thở máy. Hầu hết BN đều có huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới và có bệnh nền là những bệnh có liên quan đến thuyên tắc phổi.

2. 71,2% BN tiến triển tốt và ra viện, số còn lại tiến triển không thuận lợi, nặng lên trong quá trình điều trị. Những BN tiến triển nặng thường là những BN thuyên tắc phổi nguy cơ cao (86,7%), suy hô hấp nặng khi nhập viện ($SpO_2 < 90\%$), phải thông khí nhân tạo xâm nhập (93,3%), thất phải giãn to hơn thất trái với tỷ số thất phải/thất trái > 1 (86,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Konstantinides S.V., Meyer G., Becattin C. et al.:** 2019 ESC Guideline for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS), The Task Force for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*, 2020; 41: 543 – 603.
2. **Ata F., Ibrahim W. H., Choudry H. et al.:** Optimal management, prevalence, and clinical behavior of saddle pulmonary embolism: A systematic review and meta-analysis. *Thromb Res*, 2022; 217, 86-95.
3. **Thomson D., Kourounis G. et al.:** ECG in suspected pulmonary embolism. *Postgrad Med J*, 2019; 95 (1119), 12-17.
4. **Nguyễn Văn Tân và cộng sự:** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân cao tuổi thuyên tắc phổi tại Bệnh viện Thống Nhất. *Tạp chí Y học TP, Hồ Chí Minh*, 2018; phụ bản tập 22, số 1: 224 – 230.
5. **Nguyễn Thị Tuyết Mai và cộng sự:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thuyên tắc phổi do huyết khối tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học TP, Hồ Chí Minh*, 2019; Phụ bản tập 23, số 2: 208 – 213.

SỰ CẦN THIẾT CAN THIỆP CHÍNH NHA SỚM TRÊN TRẺ CÓ TƯƠNG QUAN RĂNG 6 DẠNG ĐỐI ĐỈNH Ở BỘ RĂNG HỖN HỢP

Trần Thị Bích Vân¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Tương quan răng cối lớn thứ nhất dạng đối đỉnh (hạng II 50% theo Angle) là một hình thái phổ biến và được xem là bình thường ở giai đoạn bộ răng hỗn hợp. Tuy nhiên, dạng này có thể diễn tiến thành tương quan bất thường ở bộ răng vĩnh viễn nếu

không được theo dõi và can thiệp sớm. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đánh giá sự thay đổi tương quan dạng này từ bộ răng hỗn hợp đến bộ răng vĩnh viễn. **Mục tiêu:** Đánh giá diễn tiến hình thái khớp cắn ở nhóm có tương quan R6 dạng đối đỉnh từ bộ răng hỗn hợp đến bộ răng vĩnh viễn. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu dọc hồi cứu trên 112 phần hàm có tương quan R6 đối đỉnh ở giai đoạn hỗn hợp sớm. Tương quan R6 được đánh giá tại hai thời điểm: T2 (bộ răng hỗn hợp) và T3 (bộ răng vĩnh viễn). Tương quan R6 được phân loại theo tiêu chí của Angle, trong đó ở T2 chỉ có dạng đối đỉnh mới được chọn vào nghiên cứu. Ở T3, tương quan R6 được phân loại thành 3 dạng: hạng I, hạng II và hạng III.

¹Đại Học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Bích Vân

Email: ttbvan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025

Kết quả: Trong số 112 phần hàm ban đầu có tương quan R6 dạng đối đỉnh ở T2, có 84 phần hàm (75%) chuyển thành tương quan R6 hạng I và 28 phần hàm (25%) chuyển thành hạng II ở T3. **Kết luận:** Tương quan R6 dạng đối đỉnh ở bộ răng hỗn hợp có khả năng tự điều chỉnh thành tương quan hạng I ở đa số trường hợp. Tuy nhiên, vẫn có khoảng 25% tiến triển thành khớp cắn hạng II. Do đó, cần sàng lọc và theo dõi nhóm có nguy cơ cao để can thiệp sớm, hướng đến tương quan khớp cắn lý tưởng ở bộ răng vĩnh viễn. **Từ khóa:** tương quan R6, khớp cắn đối đỉnh, bộ răng hỗn hợp, bộ răng vĩnh viễn, diễn tiến khớp cắn.

SUMMARY

THE NECESSITY OF EARLY ORTHODONTIC INTERVENTION IN CHILDREN WITH AN EDGE-TO-EDGE FIRST MOLAR RELATIONSHIP IN THE MIXED DENTITION STAGE

Introduction: An end-to-end relationship of the first permanent molar (Angle Class II 50%) is a common occlusal presentation and is generally considered normal during the mixed-dentition stage. However, if not monitored and managed early, it may progress to an abnormal molar relationship in the permanent dentition. To date, no longitudinal study in Vietnam has assessed changes in this occlusion from mixed to permanent dentition. **Objectives:** To evaluate the developmental progression of occlusal morphology in subjects presenting with an end-to-end R6 relationship from the mixed- to the permanent-dentition stage. **Materials and Methods:** In this retrospective longitudinal study, 112 hemi-arches exhibiting an edge-to-edge R6 relationship in the early mixed dentition (T2) were followed until the permanent dentition stage (T3). At T2, only hemi-arches with an end-to-end first-molar relationship were included. At T3, the R6 relationship was reclassified into Angle Class I, II, or III. **Results:** Of the 112 hemi-arches with an initial edge-to-edge R6 relationship at T2, 84 (75%) converted to a Class I first-molar relationship by T3, while 28 (25%) progressed to Class II. **Conclusion:** An edge-to-edge first-molar relationship in the mixed dentition shows a high potential for spontaneous correction to Class I in most cases; however, approximately one-quarter of cases advance to Class II. Early identification and monitoring of high-risk individuals are therefore essential to facilitate timely intervention and achieve ideal molar relationships in the permanent dentition.

Keywords: molar relationship, end-on occlusion, mixed dentition, permanent dentition, occlusal development.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Angle, tương quan R6 hạng I là yếu tố quan trọng cấu thành nên một khớp cắn bình thường, tương quan này liên tục thay đổi trong quá trình phát triển của bộ răng đặc biệt trong giai đoạn bộ răng hỗn hợp [1,2]. Cũng theo phân loại này, ở giai đoạn bộ răng hỗn hợp ngoài 3 dạng tương quan R6 là hạng I, II và III còn có 1 dạng rất thường gặp và được xem là

bình thường là tương quan R6 dạng đối đỉnh hay còn gọi là tương quan R6 hạng II 50% [1,2,3]. Đây cũng là dạng có sự thay đổi nhiều nhất trong quá trình chuyển từ bộ răng hỗn hợp sang bộ răng vĩnh viễn. Đa số các nghiên cứu cho thấy dạng tương quan đối đỉnh có thể chuyển thành tương quan hạng I bình thường hay hạng II bất thường trong đó tỉ lệ chuyển thành hạng II khá cao từ 20-50% [4,5,6,7,8]. Vì thế, một số tác giả cho rằng cần theo dõi diễn tiến tương quan khớp cắn R6 dạng đối đỉnh ở bộ răng hỗn hợp để xem tương quan này phát triển theo hướng bình thường hay bất thường từ đó can thiệp kịp thời đối với những trường hợp có khuynh hướng phát triển thành khớp cắn không thuận lợi.

Tại Việt Nam, chưa thấy nghiên cứu nào đi sâu vào mô tả sự thay đổi tương quan R6 dạng đối đỉnh từ giai đoạn bộ răng hỗn hợp đến bộ răng vĩnh viễn. Chính vì thế, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Tương quan răng 6 dạng đối đỉnh ở bộ răng hỗn hợp có cần can thiệp không? (Nghiên cứu dọc từ bộ răng hỗn hợp đến bộ răng vĩnh viễn)" với mục tiêu đánh giá diễn tiến thay đổi hình thái khớp cắn ở nhóm có tương quan R6 dạng đối đỉnh từ giai đoạn bộ răng hỗn hợp đến bộ răng vĩnh viễn từ đó đưa ra khuyến cáo theo dõi hay can thiệp sớm nếu cần.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Mẫu nghiên cứu gồm 112 phần hàm có tương quan R6 ban đầu ở bộ răng hỗn hợp sớm dạng đối đỉnh, được theo dõi dọc từ giai đoạn hỗn hợp (T2) đến giai đoạn bộ răng vĩnh viễn (T3). Như vậy nghiên cứu có tổng cộng là 224 phần hàm ở giai đoạn bộ răng hỗn hợp sớm và ở bộ răng vĩnh viễn.

Tiêu chuẩn chọn mẫu hàm: Mẫu hàm ở bộ răng hỗn hợp (T2):

- Có 4 R6 vĩnh viễn mọc hoàn toàn và R6 hàm trên và hàm dưới tiếp xúc cắn khớp với nhau.
- R6 hàm trên và hàm dưới không sâu, không có miếng trám, không có phục hình.

- Còn răng 3, 4, 5 sữa trên mỗi phần hàm.

Mẫu hàm ở bộ răng vĩnh viễn (T3):

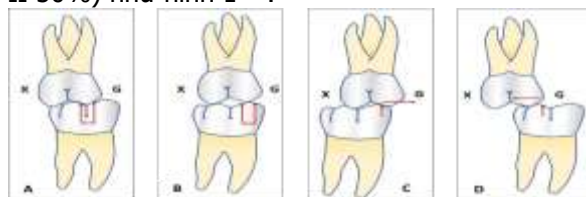
- Bộ răng vĩnh viễn: có đủ 28 răng vĩnh viễn (không kể răng số 8).

- R6 hàm trên và hàm dưới không sâu, không có miếng trám, không có phục hình.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu dọc hồi cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: Ở giai đoạn bộ răng hỗn hợp và bộ răng vĩnh viễn, hình thái tương quan khớp cắn R6 được đánh giá bằng tương quan theo chiều trước sau giữa R6 hàm trên (HT) và hàm dưới (HD) theo phân loại

của Angle (1890), gồm có bốn dạng: hạng I, hạng II, hạng III và tương quan đối đỉnh (hạng II 50%) như hình 1^{1,3}.



Hình 1. Phân loại khớp cắn R6 theo Angle [1,2]

A: Hạng I; B: Hạng II 50% (tương quan đối đỉnh); C: Hạng II 100%; D: Hạng III

- Hạng I khi đỉnh mũi ngoài gần R6 HT khớp với rãnh ngoài gần R6 HD hay khớp từ 1/2 phía xa sườn xa mũi ngoài gần R6 HD đến 1/2 phía gần sườn gần mũi ngoài xa R6 HD.

- Hạng II 50% (tương quan đối đỉnh) khi đỉnh mũi ngoài gần R6 HT khớp với đỉnh mũi ngoài gần R6 HD hay khớp từ 1/2 phía gần sườn xa mũi ngoài gần R6 HD đến 1/2 phía xa sườn gần mũi ngoài gần R6 HD.

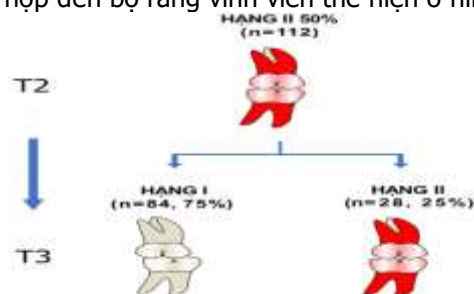
- Hạng II 100% khi đỉnh mũi ngoài gần R6 HT khớp từ 1/2 phía gần sườn gần của mũi ngoài gần R6 HD về phía gần.

- Hạng III khi đỉnh mũi ngoài gần R6 HT khớp từ 1/2 phía xa sườn gần của mũi ngoài gần R6 HD về phía xa.

Việc ghi nhận tương quan vùng răng sau trên mẫu hàm được thực hiện bởi chính nghiên cứu viên là một bác sĩ chỉnh hình răng mặt có hơn 15 năm kinh nghiệm trong giảng dạy và điều trị với độ kiên định cao thể hiện qua chỉ số Kappa là 0,95.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Diễn tiến hình thái khớp cắn ở nhóm có tương quan R6 dạng đối đỉnh trong quá trình phát triển của bộ răng đến từ giai đoạn bộ răng hỗn hợp đến bộ răng vĩnh viễn thể hiện ở hình 2.



Hình 2. Diễn tiến hình thái khớp cắn ở nhóm tương quan R6 hạng II 50% từ T2 – T3

Khi chuyển từ giai đoạn từ T2 đến T3, trong 112 trường hợp có tương quan R6 hạng II 50% ở bộ răng hỗn hợp, có hai khả năng thay đổi

trong đó phần lớn sẽ chuyển sang tương quan hạng I (84 phần hàm chiếm 75%) và phần còn lại vẫn giữ tương quan hạng II (28 phần hàm chiếm 25%).

Với kết quả trên, có thể thấy dù tương quan R6 dạng đối đỉnh ở bộ răng hỗn hợp được xem là dạng phổ biến nhất và là dạng bình thường ở bộ răng hỗn hợp nhưng vẫn có tỉ lệ cao khoảng 25% trường hợp chuyển thành tương quan R6 hạng II ở bộ răng vĩnh viễn trong nghiên cứu này. Như vậy, những trường hợp tương quan R6 hạng II 50% không phải lúc nào cũng đưa đến một khớp cắn bình thường ở bộ răng vĩnh viễn nên cần phải theo dõi và can thiệp kịp thời.

Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự như các tác giả khác cho rằng tương quan dạng đối đỉnh ở bộ răng hỗn hợp là dạng thay đổi nhiều nhất khi chuyển sang bộ răng vĩnh viễn. Có những nghiên cứu còn cho thấy tỉ lệ chuyển thành hạng II với tỉ lệ cao hơn nghiên cứu này khá nhiều như nghiên cứu của Barros (2015) (43%) và Arya (1973) (31%) có tỉ lệ chuyển thành tương quan R6 hạng II [4,5]. Kết quả nghiên cứu này cho thấy đa số trường hợp (75%) chuyển thành tương quan R6 hạng I ở bộ răng vĩnh viễn, tỉ lệ này cao hơn nghiên cứu Barros (57%) và Arya (69%) [4,5].

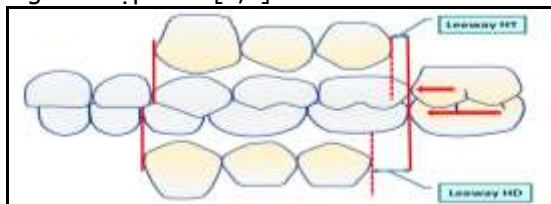
Bảng 1. Tổng quan các nghiên cứu về diễn tiến hình thái khớp cắn vùng răng sau

Tác giả	N (phần hàm)	Tương quan R6 (T2)		Tương quan R6 (T3)	
		Hạng	n (%)	Hạng	N (%)
Barros (2015) [5]	160	Hạng I	69 (43)	Hạng I	65 (94)
				Hạng III	4 (6)
		Hạng II 50%	56 (35)	Hạng I	32 (57)
				Hạng II	24 (43)
		Hạng II 100%	35 (22)	Hạng I	5 (14)
				Hạng II	30 (86)
Arya (1973) [4]	236	Hạng I	63 (27)	Hạng I	59 (94)
				Hạng III	4 (6)
		Hạng II 50%	116 (49)	Hạng I	80 (69)
				Hạng II	36 (31)
		Hạng II 100%	55 (23)	Hạng II	55 (100)
		Hạng III	2 (1)	Hạng III	2 (100)

Lý giải cho sự thay đổi tương quan vùng R sau trong quá trình phát triển của bộ răng, nhiều nghiên cứu cho rằng đây là một quá trình phức tạp, liên quan đến răng, cung răng, xương hàm, sọ mặt và sự tăng trưởng. Trong đó, ở giai đoạn từ bộ răng hỗn hợp đến bộ răng vĩnh viễn, y văn cho rằng có 2 cơ chế chính đó là sự di gần muôn và sự phát triển không đồng nhất của hai xương hàm.

Sự di gần muôn. Trong giai đoạn bộ răng hỗn hợp, khoảng leeway là một đặc điểm khá

quan trọng và được định nghĩa là hiệu số giữa tổng kích thước G-X của các răng nanh và cối sữa so với các răng nanh và răng cối nhỏ vĩnh viễn thay thế chúng [3,8]. "Di gần muộn" là thuật ngữ mô tả tình trạng di gần của R6 vào khoảng leeway. Theo nhiều tác giả, khoảng leeway ở HD lớn hơn HT cho phép R6 HD di gần nhiều hơn R6 HT và đây được cho là cơ chế quan trọng giúp đạt được tương quan R6 hạng I ở bộ răng vĩnh viễn từ tương quan đối đỉnh ở bộ răng hỗn hợp sớm [3,8].



Hình 2. Sự di gần muộn

(Vẽ lại theo Moorrees (1959)) [3]

Sự tăng trưởng không đồng nhất giữa XHT và XHD. Nhiều nghiên cứu đánh giá sự hình thành tương quan vùng răng sau trong mỗi tương quan đa yếu tố đều nhất trí rằng quá trình hình thành tương quan R6 ở bộ răng vĩnh viễn liên quan đến nhiều yếu tố trong đó sự phát triển của xương hàm là một trong những yếu tố có vai trò quan trọng [2,5,6,7].

Theo y văn, trong quá trình tăng trưởng của hệ thống sọ mặt, XHD phát triển nhiều hơn XHT theo chiều trước sau. Trong mỗi liên quan đến sự hình thành tương quan R6 sau cùng, nhiều nghiên cứu cho rằng sự tăng trưởng không đồng nhất giữa hai xương hàm, cụ thể mức độ XHD phát triển nhiều hơn XHT theo chiều trước sau là một trong những yếu tố chính ảnh hưởng tới sự hình thành và phát triển tương quan vùng răng sau [2,5,6,7]. Nghiên cứu của Murray và Paulsen trên MH và PSN cũng kết luận sự tăng trưởng không đồng nhất của XHT so với XHD là yếu tố quyết định làm thay đổi tương quan R6 theo chiều trước sau [dẫn theo 7]. Nghiên cứu của Kim (2002) đánh giá ảnh hưởng của sự tăng trưởng khác biệt giữa XHT và XHD lên sự di gần của R6 HT và HD từ bộ răng hỗn hợp sớm đến bộ răng vĩnh viễn [dẫn theo 7]. Theo Proffit, trong trường hợp tương quan mặt phẳng tậm cùng răng cối sữa thứ hai dạng thẳng ở bộ răng sữa, R6 HD di chuyển ra trước khoảng 3,5 mm là lý tưởng để đạt được tương quan R6 hạng I ở bộ răng vĩnh viễn. Một nửa khoảng cách này có được là do R6 HD di gần nhiều hơn R6 HT và nửa còn lại là do xương HD tăng trưởng ra trước nhiều hơn xương HT và mang theo R6 HD di chuyển ra trước [2].

Tóm lại, có 2 cơ chế chính ảnh hưởng đến sự hình thành và phát triển tương quan vùng răng sau là: (1) sự di gần muộn vào khoảng leeway và (2) xương HD phát triển ra trước nhiều hơn XHT. Trong khi yếu tố xương hàm được nhiều tác giả nhất trí hơn thì vai trò của "di gần muộn" không nhận được nhiều sự đồng thuận. Ngoài 2 yếu tố chính như trên thường được đề cập, những yếu tố khác như chiều cao mặt, hướng phát triển của XHD, chiều rộng cung răng và sự tăng trưởng chiều rộng cung răng trong quá trình phát triển, tương quan RE ở bộ răng sữa, tương quan R6 ở bộ răng hỗn hợp, sự gài khớp giữa hai cung hàm... là một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hình thành tương quan R6 [2-8].

Ứng dụng kết quả nghiên cứu trong chỉnh hình răng mặt.

Từ kết quả diễn tiến thay đổi hình thái khớp cắn từ bộ răng hỗn hợp đến bộ răng vĩnh viễn, trong 112 trường hợp có tương quan R6 hạng II 50% ở bộ răng hỗn hợp, có hai khả năng thay đổi trong đó phần lớn sẽ chuyển sang tương quan hạng I (75%) và phần còn lại vẫn giữ tương quan hạng II (25%). Như vậy, cần chú ý nhóm trẻ có tương quan R6 hạng II 50% nhưng có xu hướng vẫn giữ tương quan hạng II ở bộ răng hỗn hợp vì có khả năng cao khoảng 25% có tương quan R6 hạng II trong tương lai. Chính vì thế, cần theo dõi nhóm trẻ có dạng bậc xuống gần ở bộ răng sữa nhưng chuyển thành tương quan R6 hạng II 50% ở bộ răng hỗn hợp vì sẽ có khoảng 25% có SKC hạng II trong tương lai, cần theo dõi cẩn thận những trường hợp này để có kế hoạch can thiệp kịp thời.

Kết quả của công trình nghiên cứu đã bổ sung thêm vốn kiến thức giúp các Bác sĩ Răng Hàm Mặt nói chung và Bác Sĩ CHRМ nói riêng về diễn tiến hình thái khớp cắn trong quá trình phát triển của bộ răng có thể giúp trong việc phát hiện, theo dõi và can thiệp kịp thời những trường hợp có nguy cơ cao phát triển thành tương quan khớp cắn không tốt trong tương lai.

Hạn chế và hướng nghiên cứu tiếp theo.

Mặc dù nghiên cứu đã cung cấp dữ liệu quý giá về diễn tiến tương quan khớp cắn R6 dạng đối đỉnh từ bộ răng hỗn hợp đến bộ răng vĩnh viễn, một hạn chế quan trọng là nghiên cứu chỉ dừng lại ở việc mô tả sự thay đổi hình thái khớp cắn mà chưa đi sâu phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến sự thay đổi này. Như đã được đề cập trong y văn, sự hình thành và phát triển tương quan R6 là một quá trình đa yếu tố, chịu ảnh hưởng bởi sự di gần sớm và muộn của các răng sau, khoảng leeway, sự phát triển không đồng nhất giữa xương hàm trên và dưới, cũng như các đặc điểm sọ mặt và cung răng. Việc

không đánh giá các yếu tố này trong nghiên cứu hiện tại là một điểm hạn chế, bởi nếu có thể xác định được các yếu tố nguy cơ cụ thể, chúng ta sẽ có cơ sở vững chắc để tiên đoán chiều hướng phát triển khớp cắn và từ đó xây dựng kế hoạch can thiệp sớm hiệu quả hơn. Do đó, cần thiết có thêm các nghiên cứu đa yếu tố với phương pháp luận phù hợp (kết hợp phân tích trên mẫu hàm và phim sọ nghiêng) để hiểu rõ hơn về cơ chế sinh học cũng như các yếu tố nguyên nhân ảnh hưởng đến sự chuyển đổi tương quan R6 trong quá trình phát triển răng.

IV. KẾT LUẬN

Trong quá trình phát triển từ bộ răng hỗn hợp đến bộ răng vĩnh viễn, tương quan R6 ở bộ răng hỗn hợp là hạng II 50% đa số chuyển thành tương quan R6 hạng I bình thường ở bộ răng vĩnh viễn, tuy nhiên có tỉ lệ cao khoảng 30% vẫn giữ tương quan R6 hạng II ở bộ răng vĩnh viễn. Vì vậy, cần có những kế hoạch phòng ngừa và can thiệp thích hợp giúp trẻ đạt được tương quan R6 hạng I bình thường ở bộ răng vĩnh viễn trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đổng Khắc Thẩm** (2004). Chinh hình răng mặt, p67-76. Nhà xuất bản Y học TP. Hồ Chí Minh. TP. Hồ Chí Minh.
2. **Proffit WR** (2007). Contemporary Orthodontics. In: Proffit WR, Fields HW, 4th ed, p27-107. Mosby. Missouri.
3. **Moorrees C.F.A** (1959). "The dentition of the growing child: a longitudinal study of dental development between 3 and 18 years of age". Cambridge, Harvard University Press.
4. **Arya BS, Savara BS** (1973). Prediction of first molar occlusion. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 63:610-621.
5. **Barros S.E** (2015). Factors in influencing molar relationship behavior the mixed dentition. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 148:782-792.
6. **Bishara SE, Hoppens BJ** (1988). Changes in the molar relationship between the deciduous and permanent dentitions: a longitudinal study. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 93(1):19-28.
7. **Tsourakis AK, Johnston LE**. Class II malocclusion: The aftermath of a "perfect storm". Seminars in Orthodontics. 2014/03/01/2014;20(1):59-73.
8. **Baume LJ** (1950). Physiological tooth migration and its significance for the development of occlusion. II. The biogenesis of the accessional dentition. J Dent Res, 29:331-337.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI VÀ CÁC BIẾN THỂ CỦA MỎM MÓC TRÊN CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH MŨI XOANG

Nguyễn Đình Chương^{1,2}, Nguyễn Thị Kiều Thơ^{1,2},
Nguyễn Thanh Thúy Quỳnh¹, Đoàn Minh Huân², Nguyễn Quang Huy²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mỏm móc là cấu trúc giải phẫu then chốt trong vùng khe mũi giữa, đóng vai trò quan trọng trong dẫn lưu xoang trước và định hướng phẫu thuật. Sự đa dạng về hình thái và vị trí bám của mỏm móc có thể gây khó khăn trong phẫu thuật và làm tăng nguy cơ biến chứng nếu không được nhận diện trước. Nghiên cứu này nhằm khảo sát đặc điểm hình thái và các biến thể của mỏm móc trên CT-scan mũi xoang. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 152 bệnh nhân ≥18 tuổi có chỉ định chụp CT-scan mũi xoang tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 8/2024 đến tháng 6/2025. Đặc điểm mỏm móc được phân tích trên CT-scan độ dày ≤1 mm, phân loại vị trí bám theo hệ thống Landsberg và Frieman, ghi nhận các biến thể khí hóa và đặc điểm bất thường khác. **Kết quả:** Tổng số 304 mỏm móc

được khảo sát (hai bên), mỏm móc bám vào xương gãy phổ biến nhất chiếm 53,3%, tiếp theo là loại 2 (17,8%) và loại 3 (11,2%). Biến thể khí hóa mỏm móc ghi nhận ở 20 trường hợp (6,6%). **Kết luận:** Khảo sát hình thái và các biến thể của mỏm móc trên CT-scan là bước chuẩn bị tiền phẫu thiết yếu, giúp phẫu thuật viên lập kế hoạch hợp lý và giảm nguy cơ biến chứng trong phẫu thuật.

Từ khóa: Mỏm móc, CT-scan mũi xoang, Biến thể giải phẫu, Phẫu thuật nội soi mũi xoang.

SUMMARY

THE MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND ANATOMICAL VARIATIONS OF THE UNCINATE PROCESS ON PARANASAL SINUS CT SCANS

Background: The unciniate process is a key anatomical structure in the middle meatus, playing a critical role in frontal recess drainage and surgical orientation. Variability in its morphology and attachment sites may complicate surgical dissection and increase the risk of complications if not recognized preoperatively. This study aimed to investigate the morphological characteristics and anatomical variations of the unciniate process on paranasal sinus CT scans. **Methods:** A cross-sectional

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kiều Thơ

Email: drkieutho@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025