

V. KẾT LUẬN

Tế bào Haller là biến thể giải phẫu thường gặp, được ghi nhận trong 47% bệnh nhân khảo sát. Hình dạng phổ biến nhất là bầu dục, và phần lớn có kích thước trung bình đến lớn. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ hiện diện giữa nam và nữ. Việc khảo sát tế bào Haller trên phim CT scan mũi xoang có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị viêm xoang mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Hiếu Bình.** Hình dạng – vị trí – kích thước tế bào Haller và xương giấy trong phẫu thuật nội soi mũi xoang nhằm tránh mổ vào hốc mắt. Y Học TP. Hồ Chí Minh. 2007;11(1):120–124.
2. **Phạm Bắc Trung.** Đặc điểm tế bào Haller ở bệnh nhân viêm xoang hàm [Luận văn Thạc sĩ Y học]. TP. Hồ Chí Minh: Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh; 2018.
3. **Bolger WE, Butzin CA, Parsons DS.** Paranasal sinus bony anatomic variations and mucosal abnormalities: CT analysis for endoscopic sinus surgery. Laryngoscope. 1991;101(1 Pt 1):56–64.
4. **Stackpole SA, Edelstein DR.** The anatomic relevance of the Haller cell in sinusitis. American Journal of Rhinology. 1997 May-Jun;11(3):219–223.
5. **Kamdi P, Rath S, Thakur M, et al.** Role of CBCT in Haller cells identification and its clinical significance. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2017;11(4):TC10–TC13.
6. **Goyal P, Sinha SK, Kumar D.** Anatomy and variations of Onodi cells and Haller cells: A HRCT cum clinical analysis in sinonasal disease. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2016; 10(1):TC01–TC03.
7. **Mathew R, Omami G, McGuff HS, et al.** Evaluation of Haller cell on CBCT and its association with maxillary sinus pathologies. International Journal of Scientific Study. 2022;10(6):1–5.
8. **Caversaccio M, Boschung U, Mudry A.** Historical review of Haller's cells. Annals of Anatomy – Anatomischer Anzeiger. 2011;193(3):185–190.

ĐÁNH GIÁ ĐỘ DÀY MÔ MỀM VÙNG ĐƯỜNG GIỮA KHẨU CÁI TRÊN PHIM CHỤP CẮT LỚP CHÙM TIA HÌNH NÓN (CBCT)

Lê Huy Thục Mỹ¹, Ngô Thanh Nhi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá độ dày mô mềm vùng giữa khẩu cái bằng phim CBCT nhằm đưa ra hướng dẫn lựa chọn vị trí đặt mini vít chỉnh nha một cách an toàn và hiệu quả cho người Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện trên 70 phim CBCT của bệnh nhân từ 15–30 tuổi. Độ dày mô mềm được đo tại các điểm xác định trên lưới đo tạo bởi các đường ngang vuông góc với đường khớp khẩu cái ở vị trí 4, 8, 12, 16, 20, 24 mm sau lỗ cửa và các đường dọc song song với đường khớp khẩu cái cách về phía bên 2, 4 và 6 mm. **Kết quả:** Độ dày mô mềm khẩu cái thay đổi theo vị trí giải phẫu với khuynh hướng mỏng nhất ở đường giữa khẩu cái (1.1–1.51 mm) và dày hơn dần ra 2 bên (1.47–3.2 mm). Khi đi từ trước ra sau, vùng khẩu cái trước có khuynh hướng dày hơn (1.44–3.2mm), giảm dần về phía sau, mỏng nhất ở khoảng vùng răng cối lớn thứ nhất hàm trên (0.96–1.7 mm) và hơi tăng lại ở vùng khẩu cái sau. Độ dày mô mềm khẩu cái ở nam có khuynh hướng cao hơn nữ, có khác biệt thống kê ở vài vị trí về phía bên 4, 6 mm ở vị trí cách lỗ cửa 8, 12 và 20 mm ($p<0.05$), nhưng vùng thuận lợi nhất cũng tương tự như nữ. Độ dày mô mềm khẩu cái giữa và sau ở vùng đường giữa khẩu cái và sang bên 2–4 mm dày trong khoảng 1–2 mm. **Kết luận:** Ở người Việt Nam

vùng giữa khẩu cái từ 8 mm sau lỗ cửa về phía sau đến 24 mm và trong khoảng 2–4 mm sang bên là vùng có độ dày mô mềm trong khoảng 1–2 mm thuận lợi nhất để đặt vít vững ổn lâu dài, ít biến chứng.

Từ khóa: CBCT, độ dày mô mềm khẩu cái, mini vít chỉnh nha (TADs).

SUMMARY

EVALUATION OF SOFT TISSUE THICKNESS IN THE MID-PALATAL REGION USING CONE-BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY (CBCT)

Objective: The study aims to evaluate the soft tissue thickness in the mid-palatal region using CBCT imaging to provide guidelines for selecting safe and effective sites for orthodontic mini-screw placement in Vietnamese patients. **Materials and Methods:** The study was conducted on 70 CBCT images of patients aged 15–30 years. Soft tissue thickness was measured at specific points on a grid formed by horizontal lines perpendicular to the palatal suture at 4, 8, 12, 16, 20, and 24 mm posterior to the incisive foramen, and vertical lines parallel to the palatal suture at 2, 4, and 6 mm laterally. **Results:** The thickness of the palatal soft tissue varies by anatomical location, with a tendency to be thinnest at the midpalatal suture (1.1–1.51 mm) and progressively thicker toward the lateral aspects (1.47–3.2 mm). From anterior to posterior, the anterior palate tends to be thicker (1.44–3.2 mm), gradually thinner toward the posterior, with the thinnest area around the first maxillary molar (0.96–1.7 mm), and slightly increasing again in the posterior palate. The palatal soft tissue thickness in males tends to be greater than in females, with statistically significant differences at certain lateral positions (4

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Lê Huy Thục Mỹ
Email: myhtlee@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.6.2025
Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025
Ngày duyệt bài: 25.8.2025

and 6 mm) at distances of 8, 12, and 20 mm from the incisive foramen ($p < 0.05$), though the most favorable region is similar to that in females. The soft tissue thickness in the middle and posterior palate, at the midpalatal suture and 2-4 mm laterally, ranges from 1-2 mm. **Conclusion:** In Vietnamese people, the midpalatal region from 8 mm to 24 mm posterior to the incisive foramen and within 2-4 mm laterally has a soft tissue thickness of 1-2 mm, which is the most favorable for stable, long-term mini-screw placement with minimal complications. **Keywords:** CBCT, palatal soft tissue thickness, orthodontic mini-screws (TADs).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong điều trị chỉnh nha, neo chặn đóng vai trò quan trọng trong việc kiểm soát và tối ưu hóa quá trình di chuyển răng để đạt được kết quả điều trị mong muốn. Các ca nhổ răng hoặc các ca phức tạp thì việc kiểm soát neo chặn càng quan trọng. Mini vít chỉnh nha (TADs) đang trở thành công cụ hỗ trợ neo chặn đắc lực nhờ khả năng tạo ra điểm tựa vững chắc, ít phụ thuộc vào sự hợp tác của bệnh nhân và có tính linh hoạt cao⁽¹⁾. Trong các vị trí đặt vít, vùng xung quanh đường khớp giữa khẩu cái, là vị trí có nhiều ưu điểm về giải phẫu và chức năng. Các ưu điểm gồm có mô mềm có cấu trúc sừng hóa, xương vỏ dày, mật độ xương cao, không có các cấu trúc giải phẫu quan trọng như chân răng, thần kinh, mạch máu lớn như các vị trí khác⁽²⁾.

Độ dày mô mềm là một trong các yếu tố ảnh hưởng đến sự vững ổn và thành công của vít, nhưng còn ít được nghiên cứu. Khi mô mềm quá dày, mô mềm không sừng hóa có thể làm giảm sự ổn định sơ khởi của vít, làm giảm hiệu quả neo chặn, và làm tăng nguy cơ viêm quanh vít. Ngược lại, mô mềm quá mỏng có thể dẫn đến lộ tiếp xúc xương và vít, gây kích ứng hoặc loét nướu⁽³⁾.

Trước đây, để đo độ dày mô mềm khẩu cái phải dùng các phương pháp xâm lấn như kim nha khoa (kim thăm dò nha chu) hoặc cây đo túi nha chu dưới gây tê. Sau này, việc đo đạc này có thể tiến hành với các kỹ thuật ít xâm lấn hơn như siêu âm và chụp cắt lớp vi tính (CT). Tuy nhiên, các phương pháp này vẫn bị hạn chế do độ tin cậy chưa ổn định hoặc nguy cơ gia tăng phơi nhiễm bức xạ⁽⁴⁾. Gần đây, sự phát triển của chụp cắt lớp chùm tia hình nón (CBCT) giúp việc đo độ dày mô mềm dễ dàng và ít nhiễm xạ hơn⁽⁵⁾.

Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy độ dày mô mềm vùng khẩu cái có thể thay đổi theo tuổi, vị trí, và giới tính và có thể khác nhau giữa các dân tộc^(6, 7). Cho tới hiện tại, chưa có nghiên cứu định lượng độ dày mô mềm vùng đường giữa khẩu cái trên người Việt Nam. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định độ dày mô mềm khẩu cái tại các vị trí lâm sàng

thường dùng để đặt mini vít từ dữ liệu phim CBCT, giúp đưa ra khuyến nghị vùng thuận lợi đặt vít và chọn lựa vít thích hợp theo từng vùng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: mẫu nghiên cứu gồm phim CBCT của người Việt từ 15-30 tuổi, đến khám chỉnh nha tại Khoa Răng Hàm Mặt (RHM), đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (ĐHYD TPHCM) từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2023 và có đầy đủ hồ sơ bệnh án. Đề tài đã được thông qua bởi hội đồng đạo đức của trường ĐHYD TPHCM.

Tiêu chuẩn loại trừ: Phim CBCT có chất lượng thấp mờ hoặc không rõ cấu trúc giải phẫu (lưới bệnh nhân đặt lên khẩu cái); Bệnh nhân có bệnh lý vùng hàm mặt như u, nang, viêm nha chu, tiền sử chỉnh nha, lỗi củ xương khẩu cái, tiền sử chấn thương hàm mặt, dị tật bẩm sinh như khe hở môi hàm ếch.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu.

Cỡ mẫu: Trong nghiên cứu này, tổng cộng 70 phim được chọn dựa trên công thức ước lượng sau (với $\alpha = 0.05$, $d = 0.2$ và $(\sigma) = 0.83^{(5)}$).

$$n \geq \left(\frac{Z_{1-\alpha/2} \sigma}{d} \right)^2$$

Quy trình nghiên cứu và phương pháp thực hiện:

Dùng phần mềm Romexis viewer 6.5.1 (Planmeca Oy, Phần Lan) để đo các phim đã được chọn. Phim được chuẩn hoá sao cho khẩu cái song song với sàn nhà, đường tham chiếu đứng dọc trùng với đường khớp giữa khẩu cái và đường tham chiếu đứng ngang đi qua bờ sau lỗ cửa, đường tham chiếu ngang qua bờ dưới lỗ cửa. Tạo lưới đo gồm các đường dọc song song với đường giữa khẩu cái và cách đường khớp giữa khẩu cái 2, 4, 6 mm về hai bên; và các đường ngang vuông góc với đường giữa khẩu cái tại các mức 4, 8, 12, 16, 20, 24 mm theo chiều từ trước ra sau kể từ bờ sau lỗ cửa. Độ dày niêm mạc khẩu cái được đo ở các giao điểm của lưới trên ở mặt phẳng đứng dọc, được đo từ bờ dưới của xương vỏ khẩu cái đến bờ dưới mô mềm vòm khẩu theo đường song song với mặt phẳng đứng dọc đã xác định trước đó.

Để đánh giá độ tin cậy của nghiên cứu viên, 20 phim được chọn ngẫu nhiên bởi một người khác không tham gia đo đạc sau 1 tháng. Các số đo đạc lại được phân tích bởi một người khác và cho thấy có độ tin cậy ICC tốt > 0.8 .

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được thu thập và phân tích bằng phần mềm Excel và STATA 14.0 (StataCorp, Texas, Mỹ). Các số đo được mô tả bằng giá trị trung vị và khoảng tứ

phân vị. Thống kê phân tích sử dụng test Man Whitney để kiểm tra sự khác biệt về độ dày giữa hai nhóm nam nữ, test Kruskal-Wallis và Dunntest kiểm tra sự khác biệt về độ dày mô mềm giữa các vùng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mẫu nghiên cứu gồm 70 phim CBCT đủ tiêu chuẩn, trong đó có 30 nam (42,85%) và 40 nữ (57,15%). Tuổi bệnh nhân trung bình là 24,4,

tuổi thấp nhất là 16, cao nhất là 30 tuổi.

Bảng 1 và 2 cho thấy độ dày mô mềm khẩu cái thấp nhất ở đường giữa khẩu cái và tăng dần sang hai bên, và độ dày hai bên phải trái tương ứng tương đối giống nhau ở cả nam và nữ ($p > 0.05$). Khi đi từ vùng lỗ cửa ra sau (từ 4-24 mm), chiều dày mô mềm dày nhất ở vị trí 4 mm, giảm dần về phía sau, mỏng nhất ở vị trí 16mm sau đó tăng nhẹ ở vùng 20 và 24 mm.

Bảng 1: Độ dày mô mềm vùng giữa khẩu cái ở nam

Mô Vị trí	Độ dày mô mềm						
	Phải Trung vị (khoảng tứ phân vị)			Giữa Trung vị (khoảng tứ phân vị)	Trái Trung vị (khoảng tứ phân vị)		
Khoảng cách từ lỗ cửa (mm)	6mm	4mm	2mm	0 mm	2mm	4mm	6 mm
4	3.2* (2.6-3.81)	2.01* (1.75-2.84)	1.74* (1.45-1.92)	1.44 (1.27 -1.63)	1.87* (1.48-2.14)	2.1* (1.76-2.52)	3.2* (2.71-3.96)
8	2.88* (2.36-3.2)	1.76* (1.35-2.52)	1.54 (1.28-1.76)	1.25* (1.1-1.44)	1.37 (1.12-1.60)	1.7* (1.47-2.04)	2.86* (2.43-3.36)
12	1.93* (1.62-2.24)	1.41 (1.1-1.72)	1.12 (0.98-1,3)	1.25* (1-1.28)	1.13 (1.1-1.5)	1.28 (1.12-1.76)	2.08* (1.76-2.51)
16	1.7* (1.28-2.24)	1.28 (0.96-1.44)	1.09* (0.96-1.28)	1.12* (1-1.44)*	1.12* (0.96-1.28)	1.12 (0.96-1.56)	1.74* (1.34-2.08)
20	1.76* (1.44-2.24)	1.25 (1-1.44)	1.11* (0.96-1.28)	1.12* (1-1.44)	1* (0.96-1.31)	1.25 (0.96-1.44)	2.13* (1.76-2.39)
24	2.32* (1.8-2.72)	1.52 (1.29-2.1)	0.97* (0.8-1.27)	1.1* (0.96-1.5)	0.96* (0.89-1.28)	1.49 (1.12-1.84)	2.16* (1.95-2.51)

*khác biệt các vùng với $p < 0.05$

Bảng 1 cho thấy độ dày mô mềm của nam ở vùng đường giữa khẩu cái và sang hai bên 2 mm có độ dày dao động trong khoảng 1-2 mm. Vùng có độ dày mô mềm dày nhất (2.86-3.2 mm) là vùng khẩu cái trước cách đường giữa khẩu cái 4 và 6 mm sang hai bên và có khác biệt thống kê so với vùng đường giữa khẩu cái và vùng khẩu cái giữa và sau cách đường giữa 2 mm ($p < 0.05$).

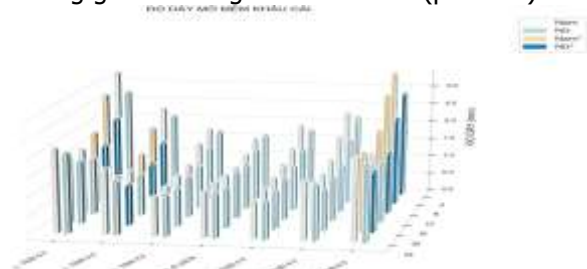
Bảng 2: Độ dày mô mềm vùng giữa khẩu cái ở nữ

Mô Vị trí	Độ dày mô mềm						
	Phải Trung vị (khoảng tứ phân vị)			Giữa Trung vị (khoảng tứ phân vị)	Trái Trung vị (khoảng tứ phân vị)		
Khoảng cách từ lỗ cửa (mm)	6mm	4mm	2mm	0	2mm	4mm	6 mm
4	2.79* (2.16-3.52)	1.92 (1.66-2.43)	1.6 (1.44-1.92)	1.51 (1.28-1.88)	1.65 (1.31-2.08)	2.08 (1.76-2.34)	2.75* (2.27-3.36)
8	2.13 (1.76-2.6)	1.48 (1.28-1.78)	1.44 (1.12-1.61)	1.44 (1.12-1.65)	1.31 (1.12-1.64)	1.6 (1.28-2.08)	2.39 (1.88-2.88)
12	1.6 (1.28-1.94)	1.19 (0.96-1.32)	1.12 (0.96-1.29)	1.28 (0.92-1.44)	1.12 (0.96-1.34)	1.25 (1.07-1.44)	1.6 (1.31-1.96)
16	1.47 (1.27-1.83)	1 (0.96-1.44)	1.06* (0.86-1.3)	1.12 (0.96-1.55)	0.99* (0.92-1.13)	1.12 (0.96-1.44)	1.6 (1.28-2.07)
20	1.6 (1.24-2.12)	0.98 (0.8-1.38)	0.96* (0.8-1.28)	1.12* (0.91-1.28)	0.96* (0.8-1.18)	1.11 (0.88-1.28)	1.56 (1.25-1.95)

24	2.03 (1.6-2.88)	1.37 (0.8-1.93)	1.09* (0.86-1.28)	1.12* (0.92-1.44)	0.96* (0.8-1.12)	1.5 (0.96-1.8)	2.08 (1.6-2.44)
----	--------------------	--------------------	----------------------	----------------------	---------------------	-------------------	--------------------

**khác biệt các vùng với $p < 0.05$*

Bảng 2 cho thấy độ dày mô mềm ở nữ đa số trong khoảng 1-2 mm trừ các vùng 6 mm về phía bên khẩu cái trước và sau, và vùng 4 mm về phía bên ở vùng khẩu cái trước. Vùng cách lỗ cửa 16 mm và 20 mm có độ dày mô mềm nhỏ nhất theo hướng từ trước ra sau. Vùng có mô mềm dày nhất (2.79 mm) là vùng khẩu cái trước ở mức 6 mm sang bên và 4 mm cách lỗ cửa và có khác biệt thống kê so với vùng khẩu cái sau ở đường giữa và sang hai bên 2 mm ($p < 0.05$).



Biểu đồ 1: Biểu đồ độ dày mô mềm khẩu cái các vùng ở nam và nữ

**khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$)*

Biểu đồ 1 cho thấy nhìn chung độ dày mô mềm ở nam cao hơn nữ, có khác biệt thống kê ở vùng khẩu cái phía bên (cách đường giữa 6 mm) ở vị trí 8, 12, 20 mm ($p < 0.05$).

IV. BÀN LUẬN

Sự vững ổn của vít trong vai trò neo chặn ở khẩu cái phụ thuộc vào chiều dày và chất lượng không chỉ của mô xương mà cả mô mềm. Tuy nhiên, đa số các nghiên cứu tập trung vào đánh giá độ dày mô cứng hơn là mô mềm. Độ dày mô mềm thay đổi theo các vị trí các vùng khẩu cái khác nhau và có thể thay đổi theo giới tính, dân tộc^(6,7). Theo hiểu biết của chúng tôi, hiện chưa có nghiên cứu nào ở Việt Nam đánh giá độ dày mô mềm vùng khẩu cái. Nghiên cứu này tiến hành nhằm mục đích xây dựng dữ liệu độ dày mô mềm vùng quanh đường giữa khẩu cái ở người Việt từ hình ảnh phim CBCT. Dữ liệu này giúp ích cho nhà lâm sàng để dàng chọn lựa chiều dài vít cũng như vùng khẩu cái thuận lợi để đặt vít một cách vững ổn và ít biến chứng.

Nghiên cứu chúng tôi cho thấy ở người Việt độ dày mô mềm khẩu cái thấp nhất (0.97-1.87 mm) ở vùng đường giữa khẩu cái và xung quanh đường giữa trong phạm vi 2 mm, tăng dần sang 2 bên và cao nhất (1.6-3.2 mm) ở vùng cách 6mm từ đường giữa theo chiều ngang. Độ dày mô mềm bên phải và bên trái không khác nhau đáng kể cho cả nam và nữ. Vu T. và cộng sự

(CS) (2012) cũng báo cáo tương tự rằng độ dày mô mềm ở đường giữa khẩu cái trên người Hàn Quốc khoảng 1.22-1.35 mm và tăng dần sang hai bên khoảng 2.51-3 mm⁽⁷⁾. Tuy nhiên, nghiên cứu của Gibas-Stanek M ghi nhận trên người Ba Lan độ dày mô mềm có khuynh hướng dày hơn, ở đường giữa là 1.91 mm và sang hai bên là 2.4-3.4 mm. Trên người Iran, độ dày mô mềm cũng có khuynh hướng dày hơn (2.6- 4 mm) ở vị trí 6 mm sang bên so với đường giữa khẩu cái và có khác biệt giữa hai bên phải trái⁽⁸⁾.

Khi đi từ trước ra sau, mô mềm dày nhất ở vị trí 4mm nhất là về hai bên, giảm dần khi đi về phía sau, mỏng nhất ở vị trí 16mm sau đó tăng nhẹ ở mức 20 và 24 mm. Như vậy mô mềm dày nhất ở vùng khẩu cái trước, mỏng nhất ở vùng khẩu cái giữa và hơi tăng lại ở vùng khẩu cái sau, và cũng tăng dần độ dày từ đường giữa khẩu cái về phía hai bên. Nghiên cứu trên người Hàn Quốc và Iran cũng cho thấy khuynh hướng tương tự^(7, 8).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ dày mô mềm khẩu cái ở nam nhìn chung có khuynh hướng cao hơn nữ, có khác biệt thống kê ở các vị trí về phía bên 4, 6 mm ở vị trí cách lỗ cửa 8, 12 và 20 mm. Tương tự, nam giới Iran cũng có mô mềm khẩu cái có khuynh hướng dày hơn ở nữ, khác biệt có ý nghĩa thống kê ở vị trí 7 và 14 mm⁽⁶⁾. Khác với chúng tôi, Vu T và CS cho thấy nữ Hàn Quốc có mô mềm khẩu cái dày hơn nam nhưng chưa có khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Sự khác nhau này có thể do sự khác biệt về dân tộc.

Sự vững ổn của vít neo chặn một phần phụ thuộc vào đặc tính của mô mềm. Vít đặt ở vùng nước dính sẽ vững ổn hơn vùng nước rời và niêm mạc di động. Ngoài ra vít đặt ở vùng nước sừng hóa sẽ ít bị viêm hơn nước không sừng hóa. Độ dày mô mềm dưới 3 mm nhất là trong khoảng 1-2 mm thuận lợi nhất cho sự ổn định của vít hơn là mô mềm dày⁽¹⁾. Kết quả của chúng tôi cho thấy mô mềm vùng khẩu cái ở nữ người Việt đa số thuận lợi cho sự ổn định của vít nhất là vùng đường giữa khẩu cái và xung quanh sang bên khoảng 2-4 mm về phía giữa và sau. Độ dày mô mềm ở nam có khuynh hướng cao hơn ở nữ nhưng vùng thuận lợi nhất cũng tương tự như nữ. Vùng 8 mm là tương ứng với vùng răng cối nhỏ thứ nhất, và vùng 16-24 mm là tương ứng với vùng răng cối lớn thứ nhất là hai vị trí thông dụng để đặt vít cho khí cụ nong hàm với neo chặn xương (MARPE). Hai vùng này đều cho thấy có độ

dày mô mềm thuận lợi cho sự vững ổn của vít ở cả nam và nữ. Kết quả này hữu ích cho nhà lâm sàng giúp chọn lựa vít có kích thước vùng cổ thích hợp để tương thích với độ dày mô mềm, đảm bảo sự thành công trên lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Độ dày mô mềm khẩu cái trong nghiên cứu của chúng tôi thay đổi theo vị trí giải phẫu với khuynh hướng mỏng nhất ở đường giữa khẩu cái và dày hơn dần ra 2 bên. Khi đi từ trước ra sau, vùng khẩu cái trước có khuynh hướng dày hơn, giảm dần về phía sau, mỏng nhất ở khoảng vùng răng cối lớn thứ nhất hàm trên và hơi tăng lại ở vùng khẩu cái sau. Ở nữ, đa số các vùng đều có độ dày mô mềm trong khoảng 1-2 mm trừ các vùng 6 mm về phía bên khẩu cái trước và sau, và vùng 4 mm về phía bên ở vùng khẩu cái trước. Nam có độ dày mô mềm có khuynh hướng lớn hơn nữ nhưng vùng thuận lợi nhất để đặt vít tương tự như nữ. Tóm lại, ở người Việt Nam vùng giữa khẩu cái từ 8 mm sau lỗ cửa về phía sau đến 24 mm và trong khoảng 2-4 mm sang bên là vùng có độ dày mô mềm trong khoảng 1-2 mm thuận lợi nhất để đặt vít vững ổn lâu dài, ít biến chứng.

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo Hợp đồng số 262/2025/HĐ-ĐHYD, ngày 28 tháng 4, năm 2025

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Long H, Han X, Lai W. Clinical Insertion Techniques of Orthodontic Temporary Anchorage Devices: John Wiley & Sons; 2024.
2. Park JH. Temporary anchorage devices in clinical orthodontics: John Wiley & Sons; 2020.
3. Kakali L, Alharbi M, Pandis N, Gkantidis N, Kloukos D. Success of palatal implants or mini-screws placed median or paramedian for the reinforcement of anchorage during orthodontic treatment: a systematic review. Eur J Orthod. 2019; 41(1):9-20.
4. Gupta N, Hungund S, Astekar MS, Dodani K. Evaluation of palatal mucosal thickness and its association with age and gender. Biotech Histochem. 2014;89(7):481-7.
5. Oh SH, Lee SR, Choi JY, Kim SH, Hwang EH, Nelson G. Quantitative cone-beam computed tomography evaluation of hard and soft tissue thicknesses in the midpalatal suture region to facilitate orthodontic mini-implant placement. Korean J Orthod. 2021;51(4):260-9.
6. Gibas-Stanek M, Żabicki S, Urzędowski M, Pihut M. Evaluation of Palatal Bone Thickness at the Implantation Areas of Two Popular Bone-Anchored Distalizers-A Cone Beam Computed Tomography Retrospective Study. Diagnostics (Basel). 2023;13(14).
7. Vu T, Bayome M, Kook YA, Han SH. Evaluation of the palatal soft tissue thickness by cone-beam computed tomography. Korean J Orthod. 2012;42(6):291-6.
8. Poorsattar-Bejeh Mir A, Haghaniifar S, Poorsattar-Bejeh Mir M, Rahmati-Kamel M. Individual scoring and mapping of hard and soft tissues of the anterior hard palate for orthodontic miniscrew insertion. J Investig Clin Dent. 2017;8(1).

TỈ LỆ NHIỄM KHUẨN VẾT MỒ VÀ CÁC TÁC NHÂN GÂY NHIỄM TẠI BỆNH VIỆN QUẬN GÒ VẤP

Lê Lý Bảo Hân¹, Trần Phủ Mạnh Siêu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là một trong những biến chứng hậu phẫu thường gặp và nguy hiểm, chiếm tỉ lệ cao trong các ca nhiễm khuẩn bệnh viện trên thế giới, gây hậu quả như kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị và tăng tỉ lệ tử vong. **Mục tiêu:** Khảo sát tình trạng NKVM và xác định tỉ lệ các tác nhân gây NKVM ở các khoa ngoại tại Bệnh viện quận Gò Vấp. **Đối tượng – phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, thực hiện trên 689 bệnh nhân phẫu thuật tại khoa Ngoại chấn thương chỉnh hình và Ngoại tổng hợp - Bệnh viện Quận Gò Vấp từ tháng 8/2024 đến tháng 4/2025. **Kết**

quả: Tỉ lệ NKVM chung là 1,9%. Trong đó tỉ lệ NKVM cao ở các loại phẫu thuật: gỡ dính tắc ruột (25,0%), rạch dẫn lưu ổ áp xe (7,1%) và kết hợp xương (3,3%). Các tác nhân gây NKVM phân lập được bao gồm Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Staphylococcus epidermidis, Pseudomonas aeruginosa. Escherichia coli được phân lập chủ yếu ở các phẫu thuật đường tiêu hóa, các chủng Staphylococcus spp. gây NKVM ở các phẫu thuật rạch dẫn lưu ổ áp xe và phẫu thuật chấn thương chỉnh hình. **Kết luận:** Trong nghiên cứu, tỉ lệ NKVM chung là 1,9%. Các tác nhân gây NKVM phân lập được bao gồm Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Staphylococcus epidermidis, Pseudomonas aeruginosa. Trong đó, Staphylococcus aureus chiếm tỉ lệ cao nhất, tiếp đến là Escherichia coli.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn vết mổ, vi khuẩn, nhiễm khuẩn bệnh viện

SUMMARY

PREVALENCE OF SURGICAL SITE INFECTION AND PATHOGENS AT GO VAP HOSPITAL

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Lê Lý Bảo Hân
Email: baohan5276@gmail.com
Ngày nhận bài: 20.6.2025
Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025
Ngày duyệt bài: 25.8.2025